

Lynne McTaggart

**WHAT
DOCTORS
DON'T
TELL YOU**

The truth about the dangers
of modern medicine

VACINAÇÃO:

INJEÇÕES AUTOMÁTICAS

Josie McNally pensava que estava a fazer o melhor pelo seu filho bebé, William. Ele era um menino saudável, normal e feliz de 13 meses e ela queria garantir que assim continuasse. Quando o médico recomendou que viesse para a sua vacinação de rotina contra o sarampo/papeira/rubéola (MMR) para o proteger destas doenças perigosas, Josie não pensou duas vezes; William tinha ultrapassado sem problemas as vacinas da infância e, além disso, o médico é que sabia.

Dez dias após a injeção de William, algo correu terrivelmente mal. William começou a ter convulsões e Josie e o marido tiveram de o levar de urgência de ambulância para o hospital. Quando Josie sugeriu que o filho poderia estar a reagir à vacina, o médico abanou a cabeça. O ataque depois da injeção não poderia ser mais do que coincidência; provavelmente não se repetiria. O consultor hospitalar concordou; a vacina não parecia ter nada a ver com isso.

Mas os ataques não pararam, e em pouco tempo William ficou dominado por convulsões, por vezes 40 por dia. Desenvolveu também uma reação rara do sistema imunitário. Agora, com 13 anos, foi diagnosticado como epilético, continua a ter convulsões incontrolláveis pela medicação e tem a idade de desenvolvimento de um bebé de 14 meses – como se o seu relógio de desenvolvimento tivesse parado no dia em que foi vacinado. E não muito depois de lhe ter sido administrada, a vacina que William recebeu foi retirada.

No entanto, até hoje ninguém na profissão médica reconhece oficialmente que a vacina teve algo a ver com isso. A família McNally não recebeu qualquer ajuda financeira de nenhum organismo governamental para as consideráveis despesas médicas que terão de enfrentar durante a vida de William.

A maioria dos médicos acredita fervorosamente que as vacinas são uma das maiores histórias de sucesso da ciência médica, responsáveis por erradicar muitas doenças infecciosas mortais. Na verdade, dentro da maioria dos médicos esconde-se um altruísta que gosta de acreditar que a erradicação da doença não só é possível como está mesmo ao virar da esquina. De tempos a tempos, a Organização Mundial da Saúde anuncia uma data concreta em que espera plenamente que doenças como a poliomielite, o sarampo ou a difteria sejam erradicadas do planeta para sempre.

O ardor desta fé encorajou a profissão a produzir cada vez mais vacinas para combater não só grandes assassinos como a poliomielite, mas também um certo número de acompanhantes da infância, na sua maioria benignos, como o sarampo, a papeira e a varicela. Contando todos os reforços múltiplos em todo o calendário sugerido, as crianças americanas podem receber cerca de 34 vacinas até entrarem na escola, a maioria no primeiro ano de vida; a Grã-

Bretanha, com a sua vacina contra a tuberculose oferecida ao nascer mas sem hepatite B nem varicela, fica por um número ligeiramente mais modesto de 25. O governo dos EUA e a Organização Mundial da Saúde chegaram mesmo a patrocinar o desenvolvimento do que imaginam vir a ser um “Santo Graal” geneticamente manipulado e de libertação prolongada, uma supervacina contendo o ADN bruto de até 40 doenças diferentes de uma só vez, que seria administrada na boca do recém-nascido ao nascer e libertaria doses de reforço em intervalos cronometrados ao longo da vida do indivíduo. Já se trabalharam vacinas para asma, otites e doenças respiratórias, SIDA, cancro e até para prevenir a gravidez.

É com as vacinas que os tecnocratas da medicina do admirável mundo novo perderam toda a razão acerca da doença e da sua prevenção. Tão inabalável é esta fé na justeza da sua causa que impede os médicos de reconhecerem provas factuais claras que demonstram os perigos e a ineficácia de certas vacinas, ou até casos de doença em crianças vacinadas contra ela. Transforma também médicos ou cientistas razoáveis em bullies e histéricos, que abafam os dissidentes aos gritos, usam chantagem emocional para subjugar os pais e recorrem a apelos emotivos, em vez de bom senso ou factos, para argumentar.

Para lançar a sua campanha nacional de vacinação das crianças em idade escolar contra o sarampo e a rubéola, o governo britânico chegou a passar anúncios televisivos em preto e branco, duros e emotivos, sugerindo que o sarampo ataca de forma fatal e aleatória. Nos EUA, os pais foram ameaçados com a retenção dos apoios sociais caso não dessem aos filhos a vacina viva tripla contra o sarampo/papeira/rubéola. As autoridades de saúde de Chicago chegaram a tentar dar algum crédito “de rua” à vacinação empregando altifalantes com mensagens de venda misturadas com música salsa para encorajar as mães em bairros hispânicos a levarem os filhos a vacinar.

Numa campanha no Reino Unido para inocular todas as crianças britânicas dos 5 aos 16 anos com a vacina contra o sarampo/rubéola, os pais receberam panfletos frágeis, com praticamente nenhuma referência aos efeitos secundários há muito reconhecidos por organismos governamentais internacionais. Médicos e autoridades de saúde importunaram os pais que tinham decidido contra a vacina com cartas e telefonemas para tentar mudar-lhes a decisão. E toda a espécie de peritos médicos anunciava publicamente e com confiança que esta campanha erradicaria indubitavelmente o sarampo para sempre destas ilhas.

O Departamento de Saúde britânico avançou com uma das mais ambiciosas campanhas de imunização alguma vez vistas num país industrializado, informando os pais de que os efeitos secundários das doses de reforço eram muito improváveis, por terem sido “cuidadosamente estudados, observando grandes números de crianças nos Estados Unidos”. Na realidade, as provas em que esta alegação se baseava eram bem mais escassas. Antes da

campanha receberam um fax de responsáveis do Programa Nacional de Imunização americano a explicar que a única evidência de que os reforços eram mais seguros se baseava em questionários enviados a estudantes universitários vacinados. Os cientistas médicos consideraram este tipo de estudo uma medida altamente pouco fiável e nada científica de segurança e eficácia. A segurança real das reações às doses de reforço ainda não era conhecida, pois os ensaios de teste ainda não tinham terminado.

Pior ainda, o Serviço de Laboratórios de Saúde Pública do Reino Unido tinha concluído um estudo antes do início da campanha, demonstrando que as crianças vacinadas contra o sarampo/papeira/rubéola tinham três vezes mais probabilidades de sofrer convulsões do que as não vacinadas. Dois terços dos casos de convulsões deviam-se apenas ao componente do sarampo. O estudo descobriu também que a vacina MMR causava cinco vezes mais casos de uma doença rara do sangue do que o esperado. Este estudo nunca foi mencionado durante a campanha, tendo apenas sido publicado na literatura médica quatro meses após o fim da campanha.

Mais recentemente, o governo britânico apressou-se a introduzir uma vacina totalmente nova e ainda não testada contra a meningite C, oferecendo-a a todas as crianças e estudantes universitários da Grã-Bretanha com base em testes de curto prazo, que duraram no máximo algumas semanas. Embora um quinto das crianças de um dos testes britânicos tivesse ficado doente, esta informação nunca foi disponibilizada aos pais que consentiam em expor os filhos à vacina.

Porque as vacinas representam o próprio epítome da medicina moderna – o triunfo da ciência sobre a natureza – os ensaios científicos são particularmente sujeitos a manipulação médica para dar uma aparência positiva a um resultado negativo, ignorando quaisquer resultados que não se queiram ouvir. Na América, o governo dos EUA pediu à Academia Nacional de Ciências que revisse toda a literatura médica e relatasse plenamente quais os perigos conhecidos e comprovados, se existissem, das várias vacinas infantis.

Em dois relatórios distintos, o Instituto de Medicina da NAS, que reuniu pediatras e cientistas médicos de renome para a tarefa, concluiu que todas as nove vacinas tinham potencial para causar danos graves. Embora estas conclusões tenham acabado por ser incluídas em longas fichas informativas entregues aos pais antes das vacinações dos filhos, a Comissão Nacional sobre Vacinas Infantis pressionou para que fossem editadas, alegando que “confundiam” os pais.

No Reino Unido, o Departamento de Saúde encomendou um relatório sobre a vacina da tosse convulsa ao Professor Gordon Stewart, anteriormente do Departamento de Medicina Comunitária da Universidade de Glasgow e conselheiro da Organização Mundial da Saúde, que estudava a vacina há

muito tempo. Quando os seus estudos mostraram que os riscos da vacina superavam os benefícios, o DHSS remeteu o relatório ao Comité de Segurança dos Medicamentos, que optou por não agir sobre ele.

Neste clima de zelo, em plena corrida para “conquistar” todas as doenças possíveis, em que reputações inteiras assentam na defesa da vacinação a todo o custo, ninguém pára para examinar os possíveis efeitos a longo prazo de injetar até 12 ou mais antígenos diferentes nos sistemas imunitários imaturos de uma geração de bebés com menos de 15 meses. A inclusão da vacina contra a meningite C no calendário padrão de vacinas infantis aumenta agora para seis o número de vacinas dadas simultaneamente aos dois meses de idade.

Os epidemiologistas nunca investigaram se existe um limite máximo ao número de injeções que um bebé pode tolerar, a partir do qual todo o tipo de danos subtis – como asma, dificuldades de aprendizagem, hiperatividade ou otite crónica, por exemplo – podem surgir. Na verdade, nunca se realizaram estudos de segurança a longo prazo. “Só ouvimos falar da encefalite e das mortes”, diz o Dr. J. Anthony Morris, anteriormente diretor de virologia da Food and Drug Administration e dos National Institutes of Health. “Mas existe todo um espectro de reações entre a febre e a morte, e são todas essas coisas pelo meio que nunca são reportadas.”

No cerne da lógica por trás da vacinação está a teoria da imunidade de grupo – ou seja, se um número suficiente de pessoas for vacinado contra uma determinada doença, ela acabará por desaparecer. Além de um elemento de desejo perante organismos altamente complexos como os vírus, que estão em constante mutação e mudança, o problema desta linha de raciocínio, claro, é a sua abordagem tirânica: eliminar uma doença é mais importante, aos olhos da medicina, do que a saúde do teu filho, que pode ser prejudicada por uma vacina, ou o teu direito de decidir o que é melhor para a tua família. Se decidires contra a vacinação do teu filho, és considerado não só um pai irresponsável, mas também um cidadão irresponsável da tua comunidade e até do mundo.

No Reino Unido, vacinar o teu filho é muitas vezes um requisito para permanecer na lista do teu médico de família (ele recebe um bónus de quase £3.000 à data deste texto se 90% das crianças com menos de dois anos inscritas na sua lista forem vacinadas. Se apenas 70% forem vacinadas, esse bónus encolhe para £910; qualquer percentagem inferior significa que recebe apenas uma fração do montante total). Nos EUA, na sequência da Lei das Vacinas Infantis da Administração Clinton, é agora ainda mais difícil para os pais obterem isenção da vacinação dos filhos.

Mas no Reino Unido ainda temos um mínimo de escolha. Em muitos países, todas as crianças são obrigadas a ser vacinadas para poderem entrar na

escola – uma política que, particularmente em lugares como os EUA, parece contrariar várias liberdades constitucionais. Neste clima histórico, o governo e a comunidade médica arrogaram-se o direito de administrar a uma criança uma substância cuja segurança não podem garantir – um direito que ninguém ainda tentou contestar em tribunal.

UM INSTRUMENTO CEGO

A vacinação é um instrumento bruto e altamente imperfeito. O principal problema não é tanto o facto de as vacinas não funcionarem, mas sim de funcionarem de forma aleatória. O princípio da vacinação assenta na suposição de que injetar um indivíduo com vírus vivos enfraquecidos ou mortos irá “enganar” o seu corpo para desenvolver anticorpos contra a doença, como acontece quando contrai uma doença naturalmente. Mas a medicina não sabe realmente se as vacinas funcionam por qualquer período de tempo significativo. Tudo o que os estudos científicos habituais podem demonstrar (uma vez que são conduzidos apenas a curto prazo) é que as vacinas podem criar anticorpos no sangue.

O que pode acontecer é que algumas vacinas sejam capazes de aumentar de forma mensurável os anticorpos contra uma determinada doença infecciosa, mas apenas durante um curto período. Ou, mesmo que aumentem os anticorpos indefinidamente, isso pode não ter nada a ver com proteger um indivíduo de contrair a doença a longo (ou mesmo a curto) prazo. Na verdade, ter anticorpos no sangue pode não ser a única forma de o corpo reconhecer e defender-se de uma doença. Por exemplo, um grande número de pessoas que teve doenças como a difteria nunca produziu anticorpos contra a doença.

Num relatório, por exemplo, anticorpos do sarampo foram encontrados no sangue de apenas uma em sete crianças vacinadas que depois desenvolveram sarampo – não tinham desenvolvido anticorpos nem com a injeção nem com a própria doença. Mais recentemente, o Laboratório de Saúde Pública de Londres descobriu que um quarto dos dadores de sangue entre os 20 e os 29 anos tinham imunidade insuficiente contra a difteria, apesar de a maioria ter sido vacinada em bebés. Esta percentagem duplicava no grupo etário dos 50 aos 59 anos.

As vacinas vivas são feitas a partir de agentes patogénicos vivos que são atenuados (enfraquecidos) para que não causem sintomas da doença completa quando administrados. Isto é conseguido, supostamente, através de um processo algo misterioso chamado “passagem em série”, em que a estirpe viral é passada por até 50 células animais na suposição de que isso as enfraquecerá. Não apenas o processo, mas também as células seleccionadas parecem uma escolha bizarra e arbitrária. A vacina da poliomielite foi passada por células de rins de macaco, a do sarampo por células de embrião de

galinha, o vírus da rubéola por células de coelho ou de pato, e a febre amarela por ratos e células de embrião de galinha. Também foram usadas células humanas: a rubéola chegou a ser cultivada em tecido de fetos abortados, e a hepatite B foi em tempos feita a partir de sangue de homens homossexuais que tinham tido a doença. Claro que esta passagem por células animais e humanas convida à infecção ou contaminação com outras substâncias, como aconteceu com vacinas da poliomielite contaminadas.

Entre as vacinas infantis, as vivas incluem a da tuberculose (BCG), sarampo-papeira-rubéola (MMR), a poliomielite oral e a varicela. Muitas vacinas são feitas com antígenos vivos porque as versões mortas não funcionaram. A principal preocupação com as vacinas vivas é que a doença que supostamente protege pode ter uma pequena hipótese de se reproduzir e espalhar no receptor.

As vacinas mortas são feitas de componentes da doença – células inteiras, toxinas, moléculas sintetizadas, por exemplo – que foram inativadas com calor, radiação ou químicos. A vacina de Salk contra a poliomielite, a difteria-tosse convulsa (pertussis)-tétano (DPT), a hepatite B e a meningite por *Haemophilus influenzae b* (Hib) estão entre as mais comuns vacinas mortas.

A vacina morta supostamente elimina a possibilidade de o antígeno se reproduzir na pessoa vacinada – é apenas suposto estimular a circulação de anticorpos contra o antígeno no corpo. No entanto, não é assim tão simples – problemas graves com vacinas mortas desafiaram a sua suposta incapacidade de se reproduzirem no receptor.

MITO N.º 1:

AS DOENÇAS FORAM ELIMINADAS

PURAMENTE EM RESULTADO DA VACINAÇÃO

O sucesso da vacinação baseia-se inteiramente em suposições. Como a incidência e a taxa de mortalidade de muitas doenças infecciosas diminuíram radicalmente, com melhorias no saneamento e higiene, habitação, melhor nutrição e procedimentos de isolamento, coincidentemente na mesma altura em que as vacinas foram introduzidas, a medicina assumiu que a vacinação era inteiramente responsável pela erradicação dessas doenças. Muitos manuais médicos começam com a afirmação de que um dos grandes feitos da medicina é a erradicação da varíola através da vacinação.

No entanto, se examinarmos realmente as estatísticas epidemiológicas, descobrimos que entre 1870 e 1872, 18 anos após a introdução da vacinação obrigatória, quatro anos depois de um esforço coercivo de quatro anos para vacinar toda a população (com pesadas penalizações para infratores) e no ponto em que 97,5 por cento da população tinha sido vacinada, a Inglaterra

sofreu a pior epidemia de varíola do século, que vitimou mais de 44.000 pessoas. Na verdade, morreram nessa altura três vezes mais pessoas de varíola do que numa epidemia anterior, quando menos pessoas tinham sido vacinadas.

Depois de 1871, a cidade de Leicester recusou a vacinação, em grande parte porque a elevada incidência de varíola e as taxas de mortalidade durante a epidemia de 1870 convenceram a população de que não funcionava. Na epidemia seguinte, em 1892, Leicester confiou apenas em melhor saneamento e quarentenas. A cidade sofreu apenas 19 casos e 1 morte por cada 100.000 habitantes, comparado com a cidade de Warrington, que teve seis vezes mais casos e 11 vezes a taxa de mortalidade de Leicester, apesar de 99 por cento da sua população ter sido vacinada.

A Organização Mundial da Saúde salientou que a chave para a erradicação da doença em muitas partes da África Ocidental e Central foi a mudança da imunização em massa, que não estava a funcionar muito bem, para uma campanha de vigilância, contendo a doença através de procedimentos de isolamento.

A experiência da Serra Leoa também demonstra que a vacinação não foi responsável pelo fim da varíola. No final dos anos sessenta, a Serra Leoa tinha a taxa mais elevada de varíola do mundo. Em janeiro de 1968, o país iniciou a sua campanha de erradicação, e três dos quatro maiores surtos foram controlados apenas pela identificação e isolamento de casos, sem imunização. Quinze meses depois, a região registava o seu último caso de varíola.

Poliomielite

Mais do que qualquer outra, a vacina contra a poliomielite é apontada com orgulho por todos os governos como prova definitiva de que os programas de vacinação em massa funcionam. O governo dos EUA apressa-se a notar que durante os anos de praga da poliomielite ocorriam 20.000–30.000 casos por ano na América, comparados com 20–30 casos por ano hoje. No entanto, o Dr. Bernard Greenberg, chefe do Departamento de Bioestatística da Escola de Saúde Pública da Universidade da Carolina do Norte, declarou publicamente que os casos de poliomielite aumentaram 50 por cento entre 1957 e 1958, e 80 por cento de 1958 a 1959, após a introdução da imunização em massa.

Em cinco estados da Nova Inglaterra – Massachusetts, Connecticut, New Hampshire, Rhode Island e Vermont – os casos de poliomielite duplicaram aproximadamente em 1954 e 1955, depois da introdução da vacina. Mesmo assim, no auge do pânico da poliomielite nos anos 50, com a pressão para encontrar uma bala mágica, as estatísticas foram manipuladas pelas autoridades de saúde para dar a impressão contrária.

Uma dessas formas foi dar um novo nome à velha doença – “meningite viral ou assética” ou “vírus coxsackie”. Segundo estatísticas do Los Angeles County Health Index, por exemplo, em julho de 1955 havia 273 casos reportados de poliomielite e 50 casos de meningite assética, comparados com cinco casos de poliomielite e 256 casos de meningite assética uma década mais tarde.

No início do século passado, mais de 3.000 mortes foram atribuídas à “varicela”, e apenas cerca de 500 à varíola, embora as autoridades concordem que a varicela é muito raramente uma doença fatal.

Martha, de Sheffield, experienciou recentemente este tipo de mudança rápida de nome com a tosse convulsa:

Há pouco tempo, depois de a nossa filha de dois anos ter desenvolvido tosse convulsa em pleno, levei-a ao nosso médico de família, preparada para enfrentar uma repreensão por não a ter vacinado. No entanto, o médico diagnosticou asma e receitou Ventolin. Estava tão pouco convencida por este diagnóstico que consultei outro médico dentro do mesmo consultório. Para minha surpresa, ele insistiu que a tosse convulsa já não existia (devido à vacinação em massa) e confirmou o diagnóstico de asma. Insisti então para que fosse feito um teste de expetoração para provar ou refutar a existência da tosse convulsa.

Mais tarde recebi um telefonema paternalista, após a discussão do meu médico com o nosso consultor local de microbiologia. “Não testam a tosse convulsa porque ela não existe”, disseram-me. Perguntei então, caso a condição desaparecesse em poucas semanas, se a asma não teria sido um diagnóstico improvável? Ao que respondeu: “Agora temos uma nova condição chamada asma viral, que é semelhante à tosse convulsa”. Disse que viam muitas crianças com esta condição. Acrescentou: “Desde que deixaram de testar a tosse convulsa não houve casos registados na nossa área.”

Doenças como a poliomielite funcionam ciclicamente. As grandes epidemias de poliomielite ocorreram nas décadas de 1910, 1930 e 1950; depois os casos caíram abruptamente para quase zero. Mas no auge das epidemias dos anos 50, depois da introdução da vacina, como diz a autora Welene James, citando outro escritor, “a vacina recebeu o crédito em vez da natureza”.

O crítico médico americano Dr. Robert Mendelsohn observou uma vez: “As doenças são como a moda, vêm e vão.” Muitos programas de vacinação reivindicam o crédito por aquilo que é simplesmente a tendência das doenças de crescer e diminuir. Longe de a ciência ter tido algo a ver com acabar finalmente com a poliomielite ou a tuberculose, ambas as doenças decidiram, há alguns anos, fazer uma pausa e estão agora a regressar – a tuberculose em muitos países ocidentais, a poliomielite em muitas partes do Canadá e a difteria na Rússia e no Leste.

Tétano, Difteria e Tosse Convulsa

A incidência e o número de mortes por difteria estavam a diminuir muito antes de a vacina ter sido introduzida, tal como acontecia com o tétano, em grande parte devido a uma maior atenção à higiene das feridas. Entre todos os soldados da Segunda Guerra Mundial, apenas 12 casos de tétano foram registados – um terço dos quais ocorreu em soldados que tinham sido vacinados. O grande declínio das mortes por tosse convulsa (cerca de 80 por cento) ocorreu antes de a vacina ser introduzida.

Sarampo

Um padrão semelhante ocorreu com o sarampo. A taxa de mortalidade por sarampo caiu em mais de 95 por cento (para 0,03 mortes por 100.000) 20 anos antes de a vacina ser introduzida.

No entanto, no final da década de 1990, apesar de o Reino Unido ter a vacina tripla contra o sarampo/papeira/rubéola em vigor desde 1988, e de gozar de uma cobertura extraordinariamente elevada de vacinação entre as crianças pequenas, os casos de sarampo aumentaram – em quase um quarto.

Na década de 1990, os EUA sofreram uma epidemia de sarampo em aumento constante – a pior em décadas – apesar de a vacina contra o sarampo, nas suas várias formas, estar em vigor desde 1957 e a injeção combinada desde 1975.

Embora o governo tivesse apontado 1982 como a data da eliminação virtual da doença, os *Centers for Disease Control* (CDC) em Atlanta reportaram um total provisório de 27.672 casos de sarampo em 1990, o que representa praticamente o dobro dos casos reportados em 1989, que por sua vez já eram o dobro dos reportados no ano anterior.

Embora o número de casos de sarampo tenha caído em um quarto (para 63.000) no ano em que a vacina foi introduzida, e chegado ao mínimo de 1.500 casos reportados em 1983, os números subiram subitamente 423 por cento no final da década de 1980 e depois aumentaram de forma acentuada, sendo as áreas mais atingidas dos EUA Houston e o condado de Los Angeles.

Após o grande ressurgimento do sarampo entre 1989 e 1991, os casos de sarampo começaram a cair drasticamente. O CDC atribuiu isso ao enorme impulso dado às vacinas contra o sarampo e combinadas no auge da epidemia; a cobertura vacinal aumentou de uma média de 66 por cento nos anos anteriores a 1985 para 78 por cento em 1991.

Contudo, algumas estatísticas confundem esta suposição otimista. Antes de mais, o CDC estima que, com base em inquéritos retrospectivos de cobertura, cerca de 800.000 a dois milhões de bebés e crianças pequenas que não tinham recebido as vacinas deveriam ter sido suscetíveis ao sarampo. Na

realidade, contudo, apenas 9.300 casos foram reportados neste grupo etário em 1992. Embora a idade média das crianças que contraíram sarampo tenha diminuído (de uma mediana de 12 anos em 1989, no início da epidemia, para uma média de 4,9 anos depois), quase metade de todos os casos reportados continuaram a ser em crianças com mais de 5 anos – a maioria das quais deveria ter estado protegida.

O CDC admitiu que a queda súbita nos casos poderia ter algo a ver com “uma diminuição geral da ocorrência de sarampo no Hemisfério Ocidental”. Pode também ter tido relação, dizem eles, com a natureza cíclica da doença.

Meningite Hib

O governo britânico gaba-se de que a meningite por *Haemophilus influenzae* b (Hib) foi eliminada, em grande parte devido à vacina, introduzida no Reino Unido em 1992. Esta forma de meningite bacteriana, causada pela bactéria *Haemophilus influenzae* tipo b, atinge principalmente crianças em idade pré-escolar, com incidência máxima entre os seis e os 15 meses de idade. A vacina deveria combater a causa mais comum de meningite em crianças com menos de cinco anos. No entanto, um grupo de estudo pró-vacina que exaltava as virtudes da vacina Hib admitiu que também ocorreu uma queda “substancial” entre crianças que não tinham sido vacinadas – de 99,3 para 68,5 por 100.000. Além disso, muitos dos únicos casos de meningite Hib ocorrem entre vacinados.

MITO N.º 2:

AS DOENÇAS CONTRA AS QUAIS SE É VACINADO SÃO MORTAIS

Cada vez mais, a justificação para a vacinação mudou do controlo de doenças mortais para o controlo de doenças incómodas como a papeira ou a varicela. Na verdade, um grande número das doenças contra as quais agora se vacina já não são potencialmente fatais em crianças bem nutridas e com sistemas imunitários saudáveis.

Sarampo

O zelo por detrás das várias campanhas de vacinação contra o sarampo baseia-se na crença de que o sarampo pode ser uma condição fatal, e parece ser uma que se torna mais perigosa a cada ano. Quando o Departamento de Saúde lançou uma das suas principais campanhas de vacinação em 1989, o Dr. Norman Begg, epidemiologista consultor do Serviço de Laboratórios de Saúde Pública, citou as então estatísticas oficiais de que uma em cada 5.000 crianças que contraíssem sarampo desenvolveria encefalite aguda, uma inflamação do cérebro, e uma em cada 5.000 dessas desenvolveria SSPE

(panencefalite esclerosante subaguda), uma doença progressiva quase inevitavelmente fatal que causa endurecimento do cérebro.

Cinco anos mais tarde, quando um cronista encorajava os pais a vacinarem novamente os filhos na campanha nacional contra o sarampo, a percentagem de vítimas que poderia desenvolver encefalite tinha-se reduzido para uma em cada 500. Um em cada 10 destes morreria e um em cada quatro sofreria danos cerebrais permanentes, assegurava o cronista. À medida que a campanha se intensificava, outros jornais amplificaram ainda mais o perigo.

Em novembro parecia que um em cada 17 casos de sarampo se transformaria em encefalite.

Mas o relatório do registo específico para o estudo da doença fatal em questão, o *SSPE Registry*, concluiu que a forma de SSPE induzida pelo sarampo é “muito rara”, ocorrendo em 1 por cada milhão de casos. Esta doença rara também não parece ser tão aleatória. Um estudo de pessoas com SSPE concluiu que fatores ambientais diferentes do sarampo, como lesões graves na cabeça ou exposição a certos animais, desempenhavam um papel importante no início da doença.

O sarampo pode ser mortal, mas não ataca de forma tão aleatória como a medicina nos quer fazer acreditar. Nos EUA, em 1990, no auge de uma epidemia com 27.000 casos reportados, 89 pessoas morreram. Mas muitas mortes ocorreram entre crianças de famílias de baixos rendimentos, onde a má nutrição teve influência, tal como a falta de tratamento de complicações. Em África, onde as crianças apresentam uma carência marcante de vitamina A, o sarampo mata. Contudo, como estudo após estudo demonstra, mesmo crianças do terceiro mundo com reservas adequadas de vitamina A ou que recebem suplementos têm uma probabilidade esmagadora de sobreviver. A morte por sarampo não é comum nos países desenvolvidos. No ano anterior ao lançamento da vacina MMR houve seis mortes no Reino Unido, apesar de terem sido reportados 42.165 casos da doença.

Além disso, nos cinco anos entre 1989 e 1994 houve apenas seis mortes entre crianças de 0 a 19 anos, mesmo com um total de 59.263 casos de sarampo nesse período – uma média de uma morte por ano. Isto representa uma incidência de aproximadamente uma morte em cada 10.000 casos, que é quase metade da incidência entre 1979 e 1983, quando 83 crianças morreram de um total de 467.732 casos de sarampo, ou cerca de uma morte em cada 5.600 casos.

Contudo, esta taxa de mortalidade mais baixa nada tem a ver com a vacina, segundo o Dr. Richard Nicolson, editor do *Bulletin of Medical Ethics*, mas reflete o facto de os médicos compreenderem melhor como tratar o sarampo. Desde 1988 a maioria das mortes tem ocorrido em adultos, embora, novamente, sejam apenas algumas por ano. No Japão, a maioria das mortes

por sarampo ocorreu em bebês demasiado novos para receber a vacina. Norman Begg escreveu que as mortes por sarampo estão “diretamente relacionadas com a fraca cobertura vacinal”. Em Itália houve apenas 10 mortes por sarampo entre 1989 e 1991, apesar de terem apenas 40 por cento de cobertura vacinal. Nos dois anos seguintes, a cobertura aumentou mas as mortes quase triplicaram para 28, sugerindo que a cobertura vacinal não teve qualquer relação com o número de mortes.

Papeira

Qualquer que seja a posição oficial atual, a papeira nunca foi considerada um assassino global. A vacina só foi desenvolvida devido às complicações raras da papeira: orquite (inflamação testicular), meningite asséptica, encefalite e surdez. As crianças que contraem papeira sofrem geralmente um inchaço debaixo do ouvido, dor de cabeça, febre, vômitos e dores musculares. Além dos testículos, também os ovários e as mamas femininas podem inchar. Os sintomas desaparecem normalmente em menos de uma semana, embora possam durar até 10 dias.

Tosse Convulsa

Como escreveu o Dr. Stewart, conselheiro da OMS: “A lição da história – não apenas da história médica – é que as doenças infecciosas mudam de padrão, de gravidade e de frequência ao longo do tempo. A tosse convulsa foi em tempos uma séria ameaça à vida e saúde de todas as crianças pequenas. Agora já não o é, embora seja muitas vezes uma doença aflitiva e perigosa em alguns bebês.”

Durante os surtos de tosse convulsa de 1978–79 em Glamorgan, Glasgow e Surrey, em áreas de “baixo risco” – isto é, áreas com nutrição adequada – não houve casos de danos cerebrais permanentes ou morte entre nenhuma criança, nem entre bebês (que são considerados os mais em risco).

Poliomielite

Mesmo a poliomielite não é o assassino em massa virulento como é sempre retratada. Em grande parte devido à epidemia da década de 1950 (seguindo quatro mandatos da vítima mais mediatizada, o presidente norte-americano Franklin D. Roosevelt), a poliomielite é popularmente vista como ceifando jovens saudáveis ao acaso. Na verdade, a maioria dos casos de poliomielite são infecções inofensivas.

As estatísticas atuais estimam que apenas 10 por cento das pessoas expostas à poliomielite a contrairão, e apenas 1 por cento dessas desenvolverá a forma parálitica – ou 0,01 por cento dos expostos à doença em primeiro lugar. O médico homeopata e conhecido crítico das vacinas Dr. Richard Moskowitz chamou à propensão de um indivíduo para desenvolver paralisia a partir deste vírus normalmente inofensivo uma “susceptibilidade anatômica especial”.

Meningite C

Embora todas as crianças britânicas recebam agora a vacina contra a meningite C, em vez de apenas grupos individuais de alto risco, as crianças entre os cinco e os quinze anos estão praticamente sem risco de contrair meningite C. No período de cinco anos entre 1994 e 1999, antes da introdução da vacina, a doença meningocócica do grupo C matou aproximadamente 20 bebês com menos de um ano, 21 bebês com um ano, 18 crianças de dois anos, cerca de 15 crianças de três anos, um punhado de crianças de quatro, cinco e seis anos – e praticamente nenhuma outra criança pré-adolescente.

Depois de os bebês fazerem um ano, desenvolvem imunidade ativa ao serem expostos a uma forma não patogénica de meningococo.

As vítimas não voltam a aumentar até à faixa etária dos 15 aos 20 anos, o chamado maior aglomerado. Nesta categoria etária, a meningite matou cerca de 12 jovens de 15 anos, aproximadamente 30 de 16 anos, 12 de 17 anos, cerca de 18 de 18 anos, cerca de 18 de 19 anos e 10 de 20 anos ao longo de cinco anos. Assim, no total, a doença matou aproximadamente 200 crianças e jovens, ou uma média de 40 por ano (70 por ano em 1999).

Embora ninguém deseje diminuir a trágica perda destas vidas, em termos estritamente epidemiológicos a taxa de mortalidade desta forma de meningite é pouca coisa. Fica muito atrás de muitos acidentes enquanto condições responsáveis por números apreciáveis de mortes na infância. Por exemplo, um bebé tem cinco vezes mais probabilidade de se afogar na banheira e 86 vezes mais probabilidade de morrer de morte súbita do lactente do que de meningite C. Seis vezes mais crianças e jovens são atropelados e mortos por carros do que morrem de meningite C. As mortes por trânsito de todas as variedades entre crianças no Reino Unido representam as fatalidades mais elevadas entre este grupo etário em toda a Europa, ceifando a vida de 1.309 crianças e jovens todos os anos – mais de 32 vezes a taxa de mortes por meningite.

Como comenta Heikki Peltola, professor de doenças infecciosas e pediatra na Universidade de Helsínquia e no Hospital para Crianças e Adolescentes, “Em nenhum país existe uma epidemia desta doença... De um modo geral, a incidência da doença meningocócica é demasiado baixa para indicar vacinação para toda a população, ou mesmo para as crianças, mas alguns grupos de risco e epidemias são exceções importantes.”

Além disso, segundo a própria “folha informativa” do Departamento de Saúde, a doença meningocócica do grupo C é responsável por apenas 40 por cento dos casos de meningite contraídos na Grã-Bretanha e noutros lugares.

Embora a meningite C seja a principal causa de morte meningocócica entre adolescentes, a versão B é muito mais mortal para bebês e crianças pequenas,

representando pelo menos dois terços de todas as mortes meningocócicas neste grupo etário. No entanto, diz a Wyeth, que desenvolveu a vacina contra a meningite C, até agora produzir uma vacina para a estirpe B tem-se mostrado esquivo.

Rubéola

A rubéola, tal como a papeira, é uma doença benigna nas crianças que não parece muito pior do que um caso de gripe. No entanto, pode ser perigosa para o feto em desenvolvimento se uma mulher grávida contrair a doença no primeiro trimestre de gravidez. Nesse caso, o seu bebé corre o risco de nascer com síndrome da rubéola congénita, que pode provocar malformações graves, incluindo cegueira, surdez e até defeitos dos membros.

Mais uma vez, a solução da medicina para este pequeno risco é tentar eliminar totalmente a doença vacinando todas as crianças, do sexo masculino e feminino. Com efeito, a exposição à rubéola poderá ser menos arriscada para as grávidas do que se pensava. Num estudo com 24 mulheres grávidas que tinham contraído rubéola, confirmado por uma análise ao sangue, nenhum dos seus bebés nasceu com defeitos congénitos.

MITO N.º 3:

AS VACINAS PROTEGEM-NOS DAS DOENÇAS

O grande argumento apresentado pelos apologistas das vacinas, particularmente daquelas conhecidas por terem efeitos secundários substanciais (como a injeção para a tosse convulsa), é que, por imperfeitas que sejam, os benefícios valem o risco. O problema com este argumento é que pressupõe que as vacinas realmente funcionam.

Tosse Convulsa

Durante surtos de tosse convulsa, metade ou mais das vítimas já foram totalmente vacinadas. O Professor Stewart relatou que, num estudo de casos de tosse convulsa de 1974 e 1978 e, em 1974, nos EUA e no Canadá, um terço a metade de todas as crianças que a apanharam tinham sido totalmente vacinadas. Quando estudou perto de 2.000 bebés que tiveram tosse convulsa, em dois terços das vezes tinham-na apanhado dos irmãos totalmente vacinados. Na opinião do Dr. Stewart, “não é demonstrável proteção pela vacinação em lactentes”, apesar de ser precisamente esta a população que a vacina visa proteger – as únicas vidas geralmente ameaçadas por uma doença desagradável mas, de resto, na sua maioria benigna.

“O efeito do programa de vacinação atual é deixar o único grupo de alto risco, os lactentes, em risco tanto dos [efeitos secundários da] vacina como da infeção”, concluiu o Dr. Stewart.

Na sua perspectiva, o risco de um bebé contrair encefalite com dano cerebral permanente em resultado da tosse convulsa (1 em 38.000) é comparável ao risco de dano cerebral (1 em 25.000) após a vacinação com a injeção.

Durante uma epidemia nacional de tosse convulsa nos EUA em 1993, um grupo de investigadores de um hospital pediátrico em Cincinnati, Ohio, descobriu que a epidemia ocorreu principalmente entre crianças que tinham completado o esquema completo de vacinas DPT.

Cerca de 30 por cento das crianças tiveram internamentos hospitalares, embora a epidemia não tenha causado mortes. Como muitas das crianças que contraíram a doença tinham entre 19 meses e seis anos, e portanto teriam sido vacinadas relativamente recentemente, até os cientistas começaram a concordar que a vacina de célula inteira contra a pertussis disponível não oferece proteção a longo prazo.

Os médicos gostam de salientar que, quando a vacina contra a tosse convulsa foi descontinuada durante algum tempo no início dos anos setenta no Reino Unido, o número de casos graves disparou. Após um documentário americano a criticar a vacina DPT, o número de crianças vacinadas caiu. Os responsáveis de saúde afirmaram então que os casos de tosse convulsa aumentaram como resultado da queda nos níveis de vacinação.

Mas quando o antigo virologista da Food and Drug Administration, Dr. J. Anthony Morris, analisou 41 casos de suposta tosse convulsa, apenas cinco eram pertussis verdadeira, e todas essas vítimas tinham sido vacinadas. O mesmo ocorreu no Wisconsin. A maioria dos doentes não tinha tosse convulsa, mas os que tinham tinham sido vacinados.

No Reino Unido, os casos subiram a “níveis quase sem precedentes”, escreveu o Professor Stewart, durante a epidemia de 1978–79. Esta cifra também foi interpretada como tendo a ver com a queda da vacinação após publicidade adversa. Mas o número de casos reportados aumentou em todos os grupos etários, mesmo naqueles em que se tinha alcançado uma elevada percentagem de imunização.

Mesmo nas melhores circunstâncias, quando a vacina contra a tosse convulsa funciona, demonstrou-se apenas que é entre 63 e 93 por cento eficaz – uma diferença potencial extraordinariamente grande. As mais recentes investigações da Suécia e de Itália mostraram que a vacina é eficaz em apenas 48 por cento e 36 por cento dos casos, respetivamente.

Apesar de taxas de adesão à vacinação de 95 por cento ou superiores, a tosse convulsa está a ressurgir como epidemia em muitos países ocidentais, particularmente entre bebés muito pequenos. Nos EUA, os casos de tosse convulsa mais do que triplicaram; no Reino Unido, os casos entre crianças com menos de um ano aumentaram 29 por cento. Isto apesar de a vacina ser

apregoadada como tendo 88 por cento de eficácia entre crianças dos 7 aos 18 meses.

O reaparecimento da tosse convulsa nos EUA está longe de ser uma tendência nova. Depois de a vacina ter sido lançada na década de 1940, os casos de pertussis caíram para um mínimo histórico em 1976. Mas, desde o início da década de 1980, a incidência de tosse convulsa aumentou ciclicamente, atingindo o pico a cada três a quatro anos, independentemente da vacinação.

Em novembro de 2001, o Departamento de Saúde do Reino Unido (DoH) modificou o seu calendário de reforços para incluir outra dose da vacina contra a tosse convulsa, após admitir que a doença continua a ser uma fonte considerável de doença e morte entre bebês, que estão a apanhar a tosse convulsa dos seus irmãos mais velhos ou dos pais vacinados. Esta dose, administrada como uma nova versão “acelular” da vacina contra a tosse convulsa (em que a toxina da pertussis é inativada por glutaraldeído ou peróxido de hidrogénio, ou geneticamente modificada – supostamente para a tornar mais segura) também não se saiu muito melhor.

Na Suécia, onde foi testada num grupo de lactentes, um quinto veio a desenvolver tosse convulsa, mesmo depois de terem recebido três injeções. No melhor dos casos, considerou-se que a vacina funcionava em menos de três quartos das vezes. Nos EUA, os cientistas que trabalhavam na vacina na Mayo Clinic explicaram que não compreendem realmente quanta toxina pertussis é necessária para proteger as crianças; mesmo aquelas com níveis elevados de anticorpos no sangue parecem vir a apanhar tosse convulsa.

Tétano e Difteria

O mesmo parece aplicar-se à difteria e ao tétano. Uma revisão de vacinas patrocinada pelos EUA chegou mesmo a concluir que a vacina contra a difteria “não é um agente imunizante tão eficaz quanto se poderia antecipar”.

Os efeitos da vacina contra a difteria parecem esmorecer na idade adulta. Em Londres, um quarto dos dadores de sangue entre os 20 e os 29 anos apresentava imunidade insuficiente, enquanto metade dos entre os 50 e os 59 anos tinham perdido a imunidade. E nos novos estados da antiga União Soviética, a vacina não se mostrou protetora no controlo de epidemias de difteria. Mais de 86 por cento das pessoas que receberam uma injeção combinada de difteria-tétano vieram a contrair difteria um ano após o primeiro reforço.

Quanto ao tétano, o painel norte-americano que reviu as vacinas observou que o grau de potência da vacina “pode variar consideravelmente de preparação para preparação”. O painel concluiu também que, à medida que a vacina foi purificada e tornada mais segura para prevenir reações, assim diminuiu a sua capacidade protetora.

Sarampo

A classe médica tentou atribuir a culpa pela epidemia de sarampo que ocorreu no fim do século XX a aglomerados de não vacinados, particularmente entre populações pobres e não brancas – mas as estatísticas, novamente, provam o contrário. Segundo as próprias estatísticas governamentais de 1989, metade das vítimas em idade universitária tinham sido previamente vacinadas. E entre 1985 e 1986, mais de três quartos de todos os casos de sarampo ocorreram em crianças que tinham sido devidamente vacinadas.

Tudo o que a vacina do sarampo fez foi transformar em doenças de adultos aquilo que antes era domínio exclusivo das crianças. Na era pré-vacina, 90 por cento de todos os doentes de sarampo tinham entre cinco e nove anos. Depois de a vacina do sarampo ter sido introduzida, porém, 55–64 por cento dos doentes tinham mais de 10 anos. A idade média dos doentes durante o surto de sarampo na Universidade da Califórnia em Los Angeles, durante a recente epidemia nos EUA, era 22.

Um número significativo destes casos ocorreu entre estudantes em idade universitária, particularmente os nascidos entre 1957 e 1967, quando a vacina foi introduzida. Em muitas universidades, os estudantes têm agora de apresentar prova de que foram recentemente vacinados antes de poderem inscrever-se nas aulas.

Há alguns anos, o governo dos EUA estimou que entre 5 e 15 por cento de todos os estudantes eram suscetíveis.

A América tentou pelo menos quatro estirpes da vacina do sarampo, e todas as quatro – incluindo a estirpe Schwarz agora utilizada na Grã-Bretanha – têm taxas de falha significativas. Estudo após estudo na literatura médica aponta infalivelmente para aglomerados de crianças vacinadas que, apesar disso, contraíram sarampo.

Por exemplo, num surto de sarampo em 1986 em Corpus Christi, no Texas, 99 por cento das crianças tinham sido vacinadas. Em 1988, 80 por cento dos casos de sarampo ocorreram em crianças que tinham sido devidamente vacinadas na idade apropriada. No ano anterior, 60 por cento dos casos ocorreram naqueles que tinham sido vacinados.

Mesmo que sejam oferecidas doses de reforço, muitas vezes também não funcionam. Num grupo de indivíduos em que a vacinação contra o sarampo não tinha funcionado, apenas metade dos que receberam reforços acabou com níveis de anticorpos elevados até um nível considerado protetor.⁵⁷

Papeira

A papeira também tem uma taxa de sucesso irregular. Em numerosos casos, uma grande percentagem de crianças totalmente vacinadas veio a contrair a doença. Por exemplo, na Suíça, seis anos após a introdução da vacina MMR, a incidência de papeira disparou acentuadamente, sobretudo entre os vacinados.⁵⁸ De forma semelhante, no estado norte-americano do Tennessee, ocorreu um grande surto entre estudantes, 98 por cento dos quais tinham sido vacinados.

Rubéola

Em termos de eficácia, a vacina da rubéola, geralmente incluída na vacina tripla MMR, também não se saiu muito melhor. Num estudo da década de 1970 na Universidade da Pensilvânia com raparigas adolescentes vacinadas, mais de um terço não tinha qualquer evidência de imunidade. Como os vírus mutam facilmente, a vacina pode proteger apenas contra uma estirpe do vírus, e não contra quaisquer novas. Um estudo italiano mais recente mostrou que 10 por cento das raparigas tinham sido infetadas por uma “estirpe selvagem” do vírus, mesmo poucos anos após terem recebido a injeção.

Tudo o que a vacinação consegue é aumentar a incidência da doença. Poucos anos após a campanha nacional de vacinação contra o sarampo e a rubéola de 1994, em que todas as crianças em idade escolar entre os 5 e os 16 anos receberam a dupla injeção, o número de casos de rubéola na Escócia subiu para um máximo de 13 anos. A maioria ocorreu em crianças e jovens adultos entre os 15 e os 34 anos, que tinham recebido vacinas pré-escolares e cuja imunidade à rubéola se tinha esgotado. As jovens mulheres estão, portanto, no seu ponto de maior suscetibilidade à doença na fase da vida em que é mais provável engravidarem e exporem o seu filho em desenvolvimento à rubéola.

Um padrão semelhante – em que a doença se tornou subitamente uma doença de adultos – ocorreu na Finlândia em 1982, após um programa de imunização em massa. Além disso, nasceram crianças com síndrome da rubéola congénita de mães que tinham recebido a sua quota completa de vacinas contra a rubéola.

Meningite Hib

A vacina Hib é apontada como uma história de sucesso da medicina moderna e creditada com um declínio de 15 vezes na incidência da doença desde que a vacina foi introduzida. No entanto, a ciência médica ainda não produziu uma versão da vacina Hib que funcione realmente.

A primeira vacina introduzida nos EUA em 1985 era um “polissacarídeo”, usada em crianças com mais de 15 meses. A vacina rapidamente começou a perder credibilidade depois de os médicos relatarem que as crianças estavam a apanhar meningite logo após serem vacinadas. Um estudo do Minnesota

mostrou que a injeção aumentava em cinco vezes o risco de uma criança contrair a doença.

Uma vez desacreditada a versão mais antiga, várias empresas surgiram com uma vacina “conjugada” – uma que casaria a porção Hib com a comprovada vacina da difteria (PRP-D), a vacina difteria/pertussis/tétano (PRP-DPT), ou mesmo o complexo proteico da membrana externa do grupo b de *Neisseria meningitidis* (PRP-OMPC). A ideia por detrás deste palavreado de siglas era que ligar a nova vacina a uma substância conhecida por produzir anticorpos iria estimular o corpo a produzir também um anticorpo contra o microrganismo Hib. Em 1993, a FDA dos EUA aprovou o Tetramune, uma combinação da vacina DTP com a vacina Hib.

As evidências mais recentes mostram que, longe de aumentar a eficácia da injeção Hib, a adição da toxina diftérica na realidade diminui a sua eficácia.

Além disso, a ciência em que assenta a história de sucesso da vacina Hib é decididamente suspeita. Novas evidências mostram que a incidência da doença tem sido amplamente sub-notificada, em grande parte devido ao facto de o sistema de vigilância que rastreia os casos ter diminuído 23 por cento. Tudo o que a vacina pode ter feito foi transformar a meningite Hib numa doença de adultos; a idade média das vítimas, que costumava ser de um ano, é agora 25.

“Tentar eliminar microrganismos e doenças é comparável a apertar um balão”, observa o naturopata Harald Gaier. “Empurra-se de um lado e isso só faz o outro lado inchar.”

Poliomielite

Quanto à poliomielite, os cientistas começam a concordar que um dos pressupostos centrais para administrar a vacina viva não é verdadeiro. Nos casos verdadeiros de poliomielite, o vírus vive no intestino, criando o que é normalmente uma infeção inofensiva. Os problemas começam se ele viajar para a corrente sanguínea e alcançar o sistema nervoso, onde pode causar paralisia. O vírus morto, originalmente desenvolvido por Jonas Salk, é injetado sob a pele e supostamente viaja para a corrente sanguínea e cria aí anticorpos que “bloqueiam” o vírus antes de este chegar ao sistema nervoso.

No entanto, a injeção de poliomielite morta não confere “imunidade intestinal” – isto é, não eleva os anticorpos nos intestinos. Isso significa que, embora não se venha a ter poliomielite parálitica, o vírus selvagem pode viver no intestino e teoricamente pode ser transmitido a outra pessoa. Além disso, a vacina original de Salk exigia três ou mais reforços a cada cinco anos.

Quando foi administrada pela primeira vez, a vacina de Salk foi considerada um tremendo sucesso – até que a taxa de vítimas de poliomielite aumentou na década de 1960. Surgindo tão pouco tempo depois das taxas de vítimas de

dois dígitos dos anos cinquenta, este novo desenvolvimento foi recebido como prova de que a vacina de Salk não funcionava, particularmente em meio a toda a histeria para encontrar uma “cura”.

A vacina oral viva (OVP), desenvolvida por Sabin, substituiu praticamente a vacina de Salk nos anos sessenta, porque não só supostamente confere imunidade vitalícia ao recetor, como o impede de se tornar portador do vírus selvagem. E, como os recetores podem excretar o vírus vacinal durante várias semanas pela boca e pelas fezes, a teoria é que se pode transmitir imunidade a indivíduos não vacinados, elevando assim a “imunidade de grupo”. Por outras palavras, a vacina oral viva tornou-se a vacina de eleição em grande medida para que tu ou os teus filhos pudessem atuar como força de imunização para outros indivíduos não vacinados.

Os cientistas percebem agora que há poucas evidências de que a vacina viva realmente consiga esta imunidade “pela porta de trás” entre os não vacinados. Esta foi a conclusão de um grupo de estudo científico após um surto de poliomielite em Taiwan, onde até 98 por cento das crianças pequenas tinham sido imunizadas. Até a FDA dos EUA reconheceu: “Agora sabemos que a disseminação secundária do vírus vacinal para contactos suscetíveis tem muito pouca participação na imunidade populacional.”

Também há abundantes evidências de que a vacina da poliomielite falha. Muitos dos surtos atuais ocorrem mais entre populações imunizadas do que não imunizadas. Em 1961, por exemplo, o Massachusetts teve um surto de poliomielite, com mais casos paráliticos entre os vacinados do que entre os não vacinados. Além disso, mesmo que a vacina “pegue”, pode não haver proteção adequada contra uma determinada estirpe do vírus. Durante um grande surto de infeção por hepatite A em Glasgow, o soro sanguíneo de 24 das vítimas foi também testado quanto a anticorpos contra a poliomielite. Apenas um terço do grupo apresentou um nível aceitável de anticorpos contra uma estirpe do vírus.

Tuberculose (vacina BCG)

O teste de Heaf é utilizado pela maioria dos distritos escolares para medir a sensibilidade à tuberculina. Ao contrário da maioria dos testes de sensibilidade, um resultado negativo supõe-se significar que uma criança não apresenta anticorpos contra o bacilo da tuberculose. No entanto, o teste é notoriamente impreciso; até a Academia Americana de Pediatria adverte os seus membros de que o teste comporta a possibilidade de falsos negativos e falsos positivos. Além disso, já ninguém tem a certeza do que significa realmente um teste positivo. Pode significar que alguém é imune à tuberculose, ou que teve infeções prévias, ou pode significar simplesmente que alguém é alérgico ou sensível ao teste.

Num estudo de distritos escolares britânicos, onde 92 por cento utilizavam o teste de Heaf, a maioria dos distritos concordava sobre o que fazer com uma

classificação 0, que mostrava muito pouca reação (recomendar imunização), ou uma classificação 3 ou 4, que indicava reação pronunciada (encaminhar para uma consulta de pneumologia para avaliação especial antes de administrar a injeção). A disparidade ocorria nos que obtinham a classificação 2. Cerca de um terço dos distritos recomendava não imunizar, e aproximadamente dois terços recomendavam encaminhamento para uma consulta de pneumologia para exame especial antes de avançar com a injeção. Apenas um único distrito recomendou imunização a este nível de sensibilidade ao teste.

Para além da falta de acordo sobre que grupos devem ou não receber a vacina viva contra a tuberculose, existem dúvidas substanciais sobre a sua eficácia. Em 10 ensaios controlados aleatorizados realizados em todo o mundo desde a década de 1930, a capacidade da vacina BCG para proteger variou entre 80 por cento e 0.74. Em média, a injeção protege apenas cerca de dois terços das crianças contra a TB.

O problema é que a vacinação com BCG só pode limitar a multiplicação e a disseminação da bactéria tuberculosa; não pode evitar a infeção em pessoas expostas ao microrganismo. Na verdade, há evidências crescentes de que as vacinas BCG oferecem maior proteção contra a lepra do que contra a tuberculose, particularmente em países do Terceiro Mundo, onde a TB continua a ser endémica. Um grande estudo africano com 83.000 pessoas no Malawi concluiu que metade foi protegida contra a lepra, mas nenhuma teve proteção significativa contra a tuberculose.

A London School of Hygiene and Tropical Medicine, que realizou uma análise especial, constatou que a vacina é apenas 22 por cento eficaz no Quênia e 20 por cento eficaz em algumas áreas da Índia. A eficácia global varia entre 0 e 80 por cento em todo o mundo, possivelmente devido a variações de estirpe, diferenças genéticas ou nutricionais, ou influências ambientais.

MITO N.º 4:

OS EFEITOS SECUNDÁRIOS DAS VACINAS

SÃO RAROS E MAIORITARIAMENTE LIGEIOS

Tal como não existe um fármaco totalmente seguro, não existe uma vacina totalmente segura, e estamos apenas a começar a lidar exatamente com o quão perigosa cada uma é. Um dos estudos mais definitivos e de maior dimensão sobre vacinas até à data, conduzido pelos Centers for Disease Control and Prevention (CDC), o mais alto organismo governamental americano para doenças infecciosas, foi discretamente anunciado a um punhado de cientistas, sem publicidade nem comunicados de imprensa, numa reunião da Advisory Commission on Childhood Vaccines em Washington.

A apresentação discreta, num pequeno seminário a 9 de setembro de 1994, em Washington DC, contrastou com a natureza espetacular das conclusões: a saber, que o risco de convulsões de uma criança triplica nos dias após receber as vacinas MMR ou DPT.

Recorrendo a tecnologia de bases de dados, o CDC acompanhou o progresso de 500.000 crianças em todo os EUA, acedendo a registos informatizados de organizações de manutenção de saúde e esquemas públicos de seguro como a Kaiser Permanente, na Califórnia. Desta forma, o CDC conseguiu reunir virtualmente todas as investigações e dados sobre reações adversas às duas vacinas triplas. Identificaram 34 efeitos secundários principais das injeções, variando entre asma, doenças do sangue, doenças infecciosas e diabetes até perturbações neurológicas, incluindo meningite, poliomielite e perda de audição.

Mas foi a incidência de convulsões que “saltou do gráfico”, segundo o Dr. Anthony Morris, que assistiu à reunião. A taxa de convulsões aumentou três vezes acima do normal no primeiro dia após a criança receber a injeção DPT, e a taxa subiu 2,7 vezes entre quatro e sete dias após a criança receber a injeção MMR, aumentando para 3,3 vezes entre oito e 14 dias.

“Convulsões”, que abrange epilepsia, convulsões e desmaios, já é uma das condições mais comuns na infância, afetando cerca de uma em cada 20 crianças, ou 5 por cento. Este valor elevado pode refletir o efeito da vacinação. Ou as novas conclusões podem significar que as vacinas irão aumentar ainda mais essa taxa de convulsões para quase 15 por cento, afetando algo como três em cada 20 crianças.

Os efeitos da injeção DPT foram imediatos, fazendo a incidência de convulsões aumentar três vezes o normal nas 24 horas após a administração, mas depois caindo rapidamente para apenas 0,06 vezes o normal depois do primeiro dia. A vacina MMR, porém, teve um efeito muito mais lento, atingindo apenas o seu período mais perigoso entre oito e 14 dias após a administração. As convulsões foram frequentemente graves, reportou o CDC, com um quarto de todos os casos a terem de ser tratados no hospital.

Em linguagem medida e neutra, a apresentação concluiu que os arquitetos do estudo estavam interessados em estudar os efeitos sinérgicos entre antígenos quando combinados ou administrados simultaneamente – isto é, se as convulsões são causadas por vacinas individuais, ou se o “cozinhado” antígeno de tantas vacinas dadas ao mesmo tempo está, de facto, a causar um colapso do sistema imunitário.

No Reino Unido, a Unidade de Estatística do Serviço de Laboratórios de Saúde Pública chegou a resultados surpreendentemente semelhantes: a injeção MMR aumentou o risco de convulsões três vezes, enquanto a DPT também aumentou o risco três vezes, geralmente três dias após a dose ser

administrada. O pico do aumento das convulsões e da meningite devido à estirpe Urabe do componente da papeira na vacina MMR ocorria normalmente entre 15 e 35 dias depois. Um estudo posterior, envolvendo quase 700.000 crianças na base de dados do CDC, encontrou um resultado ainda pior. Os lactentes entre 0 e 12 meses aumentaram o risco de ter uma convulsão nove vezes no dia em que receberam a sua injeção DTP.

O PHLS também descobriu que as crianças vacinadas com MMR tinham cinco vezes mais probabilidade do que o esperado de sofrer púrpura trombocitopénica idiopática, uma doença do sangue que muitas vezes requer transfusões. O risco, noutras partes, foi estimado em 1 em cada 30.000 vacinas.

Tosse Convulsa

Quanto às vacinas individuais, a da tosse convulsa, ou pertussis, é reconhecida como a mais abertamente perigosa. De todas as reações adversas a vacinações atualmente reportadas no Vaccine Adverse Event Reporting System americano, criado com a Vaccine Compensation Act, uma lei dos EUA que reconhece que as vacinas causam efeitos secundários e estabelece um sistema para indemnizar as vítimas, a esmagadora maioria deve-se à vacina DPT. Entre 1991 e 2001, houve 39.275 relatos de reações de todas as formas de DPT – 6.783, ou quase um sexto, dos quais graves, envolvendo morte, hospitalização ou incapacidade permanente. Além disso, as farmacêuticas na América, obrigadas a pagar uma “taxa” para compensação de futuras vítimas de vacinas, pagam a taxa mais alta sobre a vacina DPT – um reconhecimento tácito da sua posição como a mais perigosa de todas.

Por incrível que pareça, a segurança do fármaco pertussis nunca foi adequadamente comprovada antes de ser injetado em milhões de bebés. Essencialmente, a vacina tal como a conhecemos hoje não é diferente dos primeiros lotes criados em 1912. Nessa altura, dois bacteriologistas franceses cultivaram a bactéria pertussis em grandes recipientes, mataram-na com calor, preservaram este “ensopado” com formaldeído e avançaram para injetá-lo em centenas de crianças.

Ao contrário da maioria das vacinas, que são versões desintoxicadas e purificadas do microrganismo em causa, a vacina pertussis ainda contém a “célula inteira” da bactéria pertussis, razão pela qual é chamada de vacina de “célula inteira” ou “crua”. Isto significa que ainda contém endotoxinas e substâncias da parede celular conhecidas por serem altamente tóxicas, causando febre, interferência no crescimento e morte em animais de laboratório. Outras toxinas estimulam a produção de insulina. Uma predisposição os animais a choque e colapso; outra bloqueia os mecanismos de recuperação do organismo.

A nova vacina acelular dos EUA, chamada DTaP, foi aprovada pela Food and Drug Administration desde 1992 e pode agora ser oferecida a bebês, em vez de apenas como dose de reforço para crianças mais velhas. A nova variedade também está a ser testada na Europa. Os médicos esperam que os resultados apaziguem os receios dos pais quanto aos perigos da injeção.

No entanto, investigações recentes sugerem que a vacina acelular pode não ser mais segura do que a vacina que se destina a substituir. Um grande estudo americano chamado Nationwide Multicenter Acellular Pertussis Trial, que comparou mais de 2.000 crianças a quem foi dada a vacina acelular ou a versão de célula inteira, constatou que a taxa de reações adversas graves – morte, quase-morte, convulsões, atraso do desenvolvimento e internamentos – não diferiu entre a vacina antiga e a nova.

O único teste de segurança da vacina original contra a tosse convulsa foi realizado pelo Medical Research Council britânico, que experimentou o fármaco em 50.000 crianças com 14 meses ou mais. Os EUA nunca fizeram testes próprios, tendo sempre confiado nestes testes britânicos realizados nos anos 50. Além disso, os 42 bebês que tiveram convulsões dentro de 28 dias após terem recebido a injeção foram desconsiderados e assumiu-se que o fármaco era seguro, embora esse nível de reação se traduza em cerca de um em cada 1.000 crianças.

Embora os ensaios tenham sido concebidos apenas para demonstrar eficácia, não segurança, as autoridades de saúde dos EUA e do Reino Unido usaram-nos como prova de que a vacina é segura para ser administrada a bebês com apenas seis semanas de idade. Isto significa que o fármaco nunca foi testado quanto à segurança nessa dosagem para recém-nascidos. Significa também que bebês de dois meses recebem a mesma dosagem que crianças três ou quatro vezes maiores.

No seu relatório patrocinado pelo governo, o Institute of Medicine (IOM) da Academia Nacional de Ciências dos EUA, que vasculhou a literatura médica em busca de 17 problemas de saúde associados à vacina DTP, concluiu que a vacina pode causar choque anafilático (uma reação alérgica grave e potencialmente fatal) e períodos prolongados de choro ou gritos inconsoláveis, por vezes com 24 horas ou mais de duração.⁸⁷ Segundo Coulter e Fisher, na sua obra seminal *A Shot in the Dark* (Avery), “este tipo de choro, um som fino, estranho, agudo, bastante diferente do choro normal da criança, [assemelha-se muito] ao chamado *cri encephalique* (grito encefalítico) encontrado nalguns casos de encefalite.”

O comité do IOM (Organização Internacional para as Migrações) encontrou também uma ligação, embora mais fraca, entre a vacina DTP e encefalopatia aguda e choque, causando colapso total.⁸⁹ A encefalite é uma inflamação do cérebro, muitas vezes referida como meningite, causando uma fontanela

saliente e vermelha nos lactentes. O National Vaccine Information Center americano reuniu muitos relatos de crianças que ficaram com lesões cerebrais permanentes ou morreram após estes episódios. Em quase todos os casos, foram os próprios pais que tiveram de reportar a reação do filho ao fármaco, porque o médico insistiu que a reação não estava relacionada com a injeção.

“O meu neto levou a sua primeira injeção DPT e a pólio oral na consulta de rotina dos dois meses”, diz uma avó de Washington. “Depois da injeção ele começou a chorar. O médico deu à minha filha Pediacare (um analgésico ligeiro para bebés), mas não parou o choro agudo. Quando a temperatura do bebé desceu para 98, a enfermeira disse-lhe para o alimentar.

O meu neto começou a vomitar em jato e continuou com o choro agudo. A enfermeira informou a minha filha de que isto era normal. O médico disse-lhe para dar mais Pediacare ao meu neto e, com sorte, isso deixá-lo-ia sonolento. Às 3 da manhã os dois adormeceram. Às 7 da manhã a minha filha acordou e encontrou o meu neto com uma cor roxa de um lado da face, punhos cerrados, sangue a sair do nariz e da boca e sem respirar. Ele estava morto 21 horas após a sua injeção DPT.”

A Claire, do Minnesota, diz que, depois da primeira injeção DPT da sua bebé na consulta de rotina dos dois meses, ela não mostrou comportamento invulgar nos primeiros dois dias, exceto estar irritável sempre que se mexia a perna (onde tinha sido dada a injeção). “Verifiquei a temperatura em cada mudança de fralda e estava normal. Ela começou a ter convulsões dois dias depois da injeção”, diz a Claire. “Desde então foi colocada em todos os medicamentos para convulsões que existem e foi induzida em coma durante duas semanas e ainda tem convulsões. Está agora em casa connosco a ter entre 50 e 200 convulsões por dia. Está muito severamente incapacitada, acamada, alimentada por sonda gástrica e cega cortical.”

Com base num estudo de 10 anos, o Institute of Medicine diz que a vacina pode desencadear uma doença neurológica aguda em crianças com anomalias subjacentes cerebrais ou metabólicas. Os investigadores estão agora preocupados com o facto de as crianças poderem sofrer lesões cerebrais ou mesmo morrer se desenvolverem uma doença neurológica grave dentro de uma semana após receberem a vacinação.

O risco deste tipo de lesão neurológica foi estimado entre 1 em cada 50.000 crianças vacinadas. Embora Gordon Stewart tenha argumentado que o risco para os bebés de morte ou lesão cerebral devido à própria tosse convulsa é comparável ao risco de morte ou lesão cerebral devido à injeção, os riscos reais da vacina podem ser muito piores.⁹² De acordo com as indemnizações pagas às famílias de crianças na Grã-Bretanha consideradas lesadas pela injeção contra a tosse convulsa, o risco de lesão ao longo dos anos de 1958–

79 ficou em 1 em 30.000 crianças, pelo menos três vezes o de todas as outras vacinas.

Embora o comitê do IOM tenha concluído que não havia provas suficientes nos estudos médicos atuais para mostrar que a vacina contra a tosse convulsa poderia definitivamente causar outros danos graves, não o excluiu. Os possíveis danos incluem diabetes juvenil, dificuldades de aprendizagem, perturbação de déficit de atenção, espasmos infantis e síndrome da morte súbita do lactente (SIDS).

A FDA patrocinou uma vez um estudo na Universidade da Califórnia com crianças que receberam cerca de 15.000 doses da vacina DTP. Nesse estudo, nove crianças tiveram convulsões e nove tiveram episódios de colapso, uma frequência para cada uma dessas condições de uma por 1.750 imunizações. No entanto, como cada criança recebe de três a cinco injeções DTP, o verdadeiro risco de lesão pode ser mais próximo de um por 400 crianças. Num estudo com 53 bebês que morreram de morte súbita do lactente, 27 tinham recebido a injeção DPT no mês anterior à morte. Seis mortes ocorreram nas 24 horas seguintes, e 17 dentro de uma semana após a administração da injeção.

Em depoimento perante o Comitê do Senado dos EUA, em 1985, Edward Brandt Jr., então Secretário da Saúde, estimou que todos os anos 35.000 crianças sofrem lesão cerebral devido a esta vacina. Outras estimativas da Universidade da Califórnia em Los Angeles apontam que 1.000 lactentes por ano morrem de SIDS como resultado direto da DPT, o que representa cerca de 10 a 15 por cento do número total de casos de SIDS nos EUA.

No início da década de 1970, o Dr. Archie Kalokerinos e Glenn Dettman, que estudavam crianças aborígenes, ficaram intrigados quando a taxa de mortalidade dessas crianças disparou, em alguns locais em 50 por cento. De repente fizeram a ligação: o aumento da taxa de mortalidade coincidiu com esforços intensificados para imunizar essas crianças, muitas das quais estavam doentes ou tinham carências vitamínicas graves quando receberam as injeções DPT.

Como resultado desta e de outras evidências, a Suécia, a Alemanha e o Japão omitiram a vacina contra a tosse convulsa dos seus calendários vacinais regulares.

O único estudo em grande escala alguma vez realizado sobre a vacina contra a tosse convulsa descobriu que uma em cada 875 doses da vacina causa convulsões, choque ou colapso. Dois bebês no estudo morreram como resultado. Quanto a lesões cerebrais, investigações suecas descobriram que uma em 17.000 crianças sofre lesão cerebral ou morre. No Reino Unido, o British National Childhood Encephalopathy Study, concebido para afastar os perigos da injeção, mostrou que uma em 110.000 injeções DPT causa uma reação neurológica grave, e que uma em 310.000 injeções causa lesão

cerebral ou morte. Mas, novamente, como as crianças recebem três injeções cada, as cifras reais podem ser mais elevadas: até uma em 30.000 crianças pode sofrer reação neurológica, e uma em 100.000 crianças pode ficar com lesão cerebral ou morrer.

Tétano

Quanto ao tétano, o estudo do Institute of Medicine sobre danos por vacinas concluiu que a vacina pode causar febre alta, convulsões, dor, lesão nervosa, choque anafilático fatal, degeneração do sistema nervoso e síndrome de Guillain-Barré. Reforços do tétano também podem fazer os rácios de contagem de linfócitos T no sangue mergulharem temporariamente para níveis semelhantes aos das vítimas de SIDA.

Outro problema com esta chamada vacina “segura” é a encefalite ou lesão do sistema nervoso ou do ouvido interno. O Physician’s Desk Reference adverte que doses de reforço são mais propensas a aumentar a incidência e a gravidade das reações, se forem administradas com demasiada frequência. Provavelmente foi isto que aconteceu ao filho de 14 anos de Mary, de Exmouth. Foi-lhe dada uma injeção antitetânica após uma mordidela de cão. Cinco dias depois teve a sua primeira crise epilética durante a noite, e tem epilepsia desde então.

Mary perguntou ao seu médico de família se havia alguma ligação entre os dois eventos e, como tantas outras pessoas, os seus receios foram descartados e a doença do rapaz atribuída à coincidência. Afinal, disse o médico, sabe-se que a vacina do tétano não tem efeitos secundários. “Só quando o meu filho mudou de médico de família, há alguns anos, é que o novo médico o enviou para uma ressonância ao cérebro para ver se havia causas subjacentes como tecido cicatricial”, disse ela. “Não havia nenhuma.”

Sarampo/Papeira/Rubéola (MMR)

No Reino Unido, até recentemente, limitaram-se a dizer-nos, médicos e governo, que a vacina MMR tem sido utilizada com segurança noutros países, particularmente nos Estados Unidos, há muitos anos. Também nos disseram que proporciona, como afirmou a antiga ministra da Saúde Edwina Currie em outubro de 1988, “proteção para toda a vida contra as três infeções com uma única injeção”.

Mas, nos EUA, de 1991 a 2001, foram reportados 23.787 incidentes adversos após a vacinação MMR ao Vaccine Adverse Events Reporting System americano, muitos exigindo tratamento médico de emergência e conduzindo a lesão permanente ou morte. E se, como diz o National Vaccine Information Center, estes números representam apenas 10–15 por cento do total de efeitos secundários (devido ao enorme número de casos não reportados), a cifra real pode ser muito mais alta.

Peritos em vacinas britânicos e americanos, como o Dr. Begg do Public Health Laboratory Service, afirmam que a incidência de encefalite induzida pela vacina do sarampo é muito rara, ocorrendo em uma em 200.000 crianças. Os sintomas incluem febre, dor de cabeça, possíveis convulsões e alterações comportamentais. “A maioria dos sintomas é ligeira”, diz ele, “e as crianças irão recuperar.”

No entanto, muitos estudos reportam riscos muito maiores. Num, da Alemanha, uma em cada 2.500 crianças vacinadas teve uma complicação cerebral, e uma em cada 17.650 desenvolveu encefalite.

Cerca de uma em cada 400 crianças a quem é dada a injeção sofrerá convulsões, e quase um quinto dos jovens adultos a quem são dados reforços contra o sarampo sofrerá efeitos secundários importantes, incluindo febre, dor ocular e necessidade de repouso no leito.

Novas investigações estabeleceram uma ligação provisória entre a injeção do sarampo e a subida acentuada da doença de Crohn e da colite nas crianças.

Duas versões do fármaco, fabricadas pela Merieux e pela SmithKline Beecham, foram retiradas na Grã-Bretanha e noutros locais no outono de 1992, devido ao risco de contrair meningite a partir da estirpe Urabe do componente da papeira na vacina. O governo japonês retirou a sua própria versão da vacina MMR em abril de 1993, depois de descobrir uma ligação com meningite. Um ano depois, as autoridades japonesas revelaram que uma em 1.044 crianças vacinadas desenvolveu meningite asséptica.¹¹⁰ O governo encontrou também evidências de que a vacina pode desencadear papeira, que pode igualmente ser transmitida a outras crianças.

O relatório do IOM da Academia Nacional de Ciências dos EUA concluiu que a vacina do sarampo pode causar morte por infeção pela estirpe vacinal do sarampo, trombocitopenia (a rara condição sanguínea caracterizada por diminuição das plaquetas), choque fatal e artrite. O comité disse também que não podia “excluir” que a própria vacina pudesse causar casos de SSPE.

Imediatamente após receber uma injeção contra o sarampo durante a campanha nacional do Reino Unido em 1994, Sam, um saudável e atlético rapaz de 12 anos, começou a perder o sentido de coordenação e a cair. Também começou a ter convulsões constantes – por vezes 15 por hora. Depois de ficar praticamente dependente de cadeira de rodas, foi finalmente diagnosticado com a condição fatal SSPE. Embora a sua condição seja um efeito secundário conhecido, ainda que raro, da injeção do sarampo, os seus médicos recusaram estabelecer a ligação. Em vez disso, argumentaram que a injeção apenas desencadeou uma doença latente causada por um episódio anterior de sarampo. O problema é que, insiste a mãe, o Sam nunca teve sarampo.

Para além de correr o risco de efeitos secundários da vacina, o teu filho também pode contrair o que ficou conhecido como sarampo atípico, uma forma especialmente agressiva da doença que resiste ao tratamento. Num estudo de 1965 em Cincinnati, durante uma epidemia de sarampo, 54 crianças vacinadas desenvolveram sarampo atípico. Muitas dessas crianças estavam tão doentes, com febre alta e pneumonia, que tiveram de ser hospitalizadas.

Há mesmo algumas evidências de que impedir as crianças de apanharem as doenças comuns da infância impede os seus sistemas imunitários de se desenvolverem adequadamente. Quando as crianças recebem a vacina do sarampo, muitas vezes contraem o chamado “sarampo ligeiro”, com uma erupção cutânea subdesenvolvida. Um estudo encontrou evidência de uma relação entre a ausência de erupção no sarampo e uma maior incidência de doenças degenerativas como o cancro mais tarde na vida.¹¹³ Muitos clínicos relataram que os doentes oncológicos têm um número particularmente reduzido de doenças infecciosas na infância no seu historial médico.

Papeira

As autoridades alemãs descobriram 27 reações neurológicas à vacina da papeira, incluindo meningite, convulsões febris, encefalite e epilepsia. De todos os casos de encefalite por papeira ao longo de 15 anos, um sexto foi definitivamente causado pela vacina. Investigações do Canadá estimaram o risco de encefalite por papeira induzida pela vacina em um por 100.000; um estudo jugoslavo concluiu que era um por 1.000.

Quanto à meningite provocada pela vacina da papeira, a recente garantia pública do Departamento de Saúde britânico de que o risco é apenas de 1 em 11.000 contradiz conclusões há muito conhecidas publicadas numa das principais revistas pediátricas dos EUA de que a taxa varia de 1 em 405 a 1 em 7.000 injeções administradas.

O governo britânico ignorou estes sinais de alerta sobre o componente da papeira da vacina até que um estudo de vigilância do Public Health Laboratory Service demonstrou que um número inaceitavelmente elevado de crianças estava a contrair meningite a partir de uma determinada estirpe da vacina da papeira. Em Nottingham, um aglomerado de casos sugeriu que o risco poderia ser tão elevado quanto 1 em 4.000 doses; o PHLS acabou por concluir que o risco era de 1 em cada 11.000 doses.

Mas mesmo quando o governo retirou apressadamente as duas versões que continham a estirpe de vírus da papeira Urabe – um bom ano e meio depois de o Canadá o ter feito – a SmithKline Beecham continuou a produzir vacinas contendo essa estirpe em particular, “de modo a que os programas de imunização existentes em áreas onde não está disponível uma vacina alternativa contra a papeira não precisem de ser suspensos”. Por outras palavras, em algumas partes do mundo considerou-se melhor distribuir uma

vacina sabidamente perigosa do que expor as crianças a uma doença na sua maioria benigna.

Depois de o filho ter sofrido efeitos secundários após receber a MMR, Jackie Fletcher formou um grupo chamado JABS (Justice, Awareness and Basic Support) para famílias de crianças lesadas principalmente pela vacina MMR. Até agora, foi contactada por centenas de famílias cujos filhos alegadamente sofreram lesões devido à vacina da papeira entretanto retirada. No entanto, vários casos de alegados danos que estão a ser perseguidos em tribunal dizem também respeito à vacina MMR atual, produzida pela farmacêutica norte-americana Merck.

Rubéola

Um relatório da Academia Nacional de Ciências aceitou que a componente da rubéola da vacina MMR pode causar artrite de curto ou longo prazo. Um fabricante da vacina tripla estimou que a parte da rubéola da vacina causa artrite em até 3 por cento das crianças e em até 20 por cento das mulheres adultas que a recebem. “Os sintomas [de artrite] podem persistir durante meses ou, em raras ocasiões, durante anos”, relata a empresa – tudo, desde dores ligeiras até incapacidade extrema. As raparigas adolescentes são consideradas estar em maior risco de sintomas nas articulações e nos membros.

Já em 1970, o Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar dos EUA relatou que “cerca de 26 por cento das crianças que receberam a vacinação contra a rubéola em programas nacionais de testes desenvolveram artralgia e artrite. Muitas tiveram de procurar assistência médica, e algumas foram hospitalizadas para testes de febre reumática e artrite reumatoide.”

O Dr. Aubrey Tingle, imunologista pediátrico no Children’s Hospital em Vancouver, Colúmbia Britânica, também realizou investigação importante nesta área. De acordo com os seus próprios estudos, 30 por cento dos adultos expostos à vacina da rubéola sofrem artrite em duas a quatro semanas – variando de dores ligeiras nas articulações a incapacidade grave. Tingle também encontrou o vírus da rubéola em um terço dos doentes adultos e infantis com artrite reumatoide.

Durante o apelo do sarampo no Reino Unido em 1994, o Departamento de Saúde admitiu em relatórios escritos aos médicos que 11 por cento dos recetores de primeira vez da vacina da rubéola terão artrite. No entanto, este facto vital foi omitido no folheto entregue aos pais.

Poliomielite

Com o vírus vivo da poliomielite, o principal problema é que esta versão “atenuada” ou enfraquecida do vírus vacinal pode alterar-se geneticamente no intestino, transformando-se na sua forma virulenta e causando poliomielite parálitica no recetor ou naqueles com quem esteve recentemente em contacto.

Hoje, praticamente os únicos casos de poliomielite que ocorrem na Grã-Bretanha ou nos EUA são causados pela vacina, principalmente entre os chamados contactos – avós, pais ou irmãos que são de algum modo suscetíveis à poliomielite – mas também entre os próprios recetores. Cientistas identificaram igualmente uma nova estirpe de vírus vacinal da poliomielite causada pela vacina em vários países do mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde.

Bernard Reis, professor de inglês no Vassar College e antigo aluno de Cornell University e Harvard, descrito como enérgico, atlético e bem-sucedido, era felizmente casado e tinha um bebé, que levou duticamente a receber as vacinas exigidas por lei. Um mês após a vacina do seu menino, Reis cansou-se ao tentar subir um lance de escadas e ficou com o que pensou ser gripe. Dois dias depois desmaiou no chão da casa de banho e, após ser levado de urgência ao hospital, ficou completamente paralisado, colocado num pulmão de ferro e alimentado por via intravenosa.

Onze meses depois regressou a casa numa cadeira de rodas. “A pressão de tudo isto foi demasiado para o meu casamento, que se desfez”, escreve. Desde então, a sua vida tem sido “um inferno em câmara lenta”. Embora capaz de andar aos tropeções, continua extremamente fraco após o seu episódio de poliomielite. Vive de Segurança Social em habitação pública de Nova Iorque. Não conseguiu obter outras ajudas governamentais ou indemnização.

A 19 de fevereiro, o primeiro dia em que Bob e Marjorie iam mudar-se para a sua nova casa, Bob desabou no sofá. Na manhã seguinte queixou-se de que não conseguia mexer o braço esquerdo. Alguns dias depois estava completamente paralisado. Depois de uma bateria de exames, os médicos diagnosticaram finalmente que Bob tinha poliomielite parálitica. A sua filha Chloe tinha recebido a vacina oral viva da poliomielite menos de dois meses antes. Nenhum médico avisou Bob, que tem síndrome de Netherton (uma condição cutânea), de que o seu sistema imunitário estava enfraquecido pela cortisona que toma e que ele tinha alto risco de contrair poliomielite de alguém vacinado contra a doença – isto apesar do aviso aos médicos nas embalagens da vacina, da Lederle, o fabricante. Um ano depois do dia em que Bob adoeceu com poliomielite, morreu.

Houve mais de 31 casos de poliomielite parálitica induzida por vacina nos EUA entre 1991 e 1997, e pelo menos 10 casos relatados por ano de poliomielite parálitica causada pela vacina viva até ao advento de uma versão inativada. (No Reino Unido, 13 casos foram comprovados entre 1985 e 1991.) O CDC dos EUA, juntamente com médicos alemães da Universidade de Colónia, estimou o risco atual de poliomielite induzida por vacina em cinco por milhão de doses da vacina viva administradas, ou um caso por cada 200.000 primeiras doses, consideradas as mais arriscadas.

Como acontece com muitas estatísticas oficiais, esta cifra pode ser demasiado baixa; se o teu sistema imunitário estiver enfraquecido, como acontece com a SIDA ou se estiveres a usar fármacos como esteroides, o risco multiplica-se por 10.000. Na Alemanha, a maioria dos casos de poliomielite parálitica causada por vacinas tem sido entre crianças com dois anos ou menos – isto é, os próprios recetores.

Além da poliomielite, o teu filho também corre risco de fraco aumento de peso ou outras doenças paralíticas com a vacina da poliomielite. Foi demonstrado que crianças imunizadas com agentes vivos, como as vacinas da poliomielite, sofrem reduções “estatisticamente significativas” no peso, em comparação com crianças do mesmo tamanho que não foram vacinadas. As que já eram pequenas para a idade à partida foram especialmente afetadas.

Recentemente, tem surgido na China uma nova doença, a que a imprensa médica chamou “síndrome parálitica chinesa” (CPS). Embora tenha sido previamente diagnosticada como a condição parálitica síndrome de Guillain-Barré (SGB), investigadores do Second Hospital of Hebei Medical College, na República Popular da China, estudaram em profundidade todos os casos e concluíram que a doença, que atinge crianças e jovens adultos, era uma variação da poliomielite.

Antes de a vacina oral da poliomielite (OPV) ser introduzida na província de Hebei, em 1971, a doença por poliomielite era elevada, mas os diagnósticos de SGB eram pouco comuns. Depois de 1971, a incidência de poliomielite foi caindo gradualmente, mas a de SGB aumentou cerca de dez vezes. Três subidas na incidência de poliomielite coincidiram totalmente com três epidemias de SGB.

Segundo Yan Shen e Guohua Xi, do Departamento de Neuropsiquiatria do hospital, as evidências sugerem fortemente que o vírus da poliomielite é responsável pelos casos diagnosticados como SGB. “O uso generalizado da OPV pode ter levado a [mutação do vírus], resultando numa alteração da [doença] e/ou numa mudança no principal tipo epidémico de poliovírus”, escreveram.

Casos de SGB ligados à vacina da poliomielite também ocorrem no Reino Unido. Emma Whitlock foi ao consultório do seu médico para obter uma vacina de rotina contra a poliomielite e a febre tifóide para a próxima viagem da família a Marrocos. Diz ela:

Nessa noite, desenvolvi febre, com dores nos braços e nas pernas. As dores nas pernas eram as mais intensas. Cerca de duas semanas depois, enquanto estava a caminhar, uma das pernas “falhou”. Parecia que ambas as pernas estavam fracas e estavam dormentes. Algum tempo depois, as minhas pernas começaram a parecer que estavam a arder.

A minha condição tem vindo a deteriorar-se constantemente ao longo dos anos, e estou agora numa fase em que só consigo dar alguns passos antes de sentir as dores e uma dormência horrível nas pernas, que me obriga a sentar. Qualquer tipo de movimento dá-me a mesma dor, mesmo viajar de carro.

As minhas mãos também foram afetadas. Agora ardem quando faço demasiado, e há fraqueza. Para além dos problemas nos membros, tenho dores de ouvidos e uma espécie de surdez, além de infeções frequentes das glândulas do pescoço que só desaparecem com antibióticos. Tenho também sérios problemas de equilíbrio, marcha instável e quedas. Tenho perda de memória e muitas vezes fico a meio de uma frase.

Todos estes efeitos tiveram um impacto devastador na minha vida. Estou agora totalmente confinada em casa. Tenho estado a descansar continuamente há quase cinco meses para tentar aliviar a dor de queimadura. Embora tenha aliviado um pouco, a dor e a dormência são constantes quando tento andar.

Os médicos diagnosticaram agora o problema como síndrome de Guillain-Barré. Quando contactei alguém da Guillain-Barré Society, disse-me que eu era o pior caso que já tinha visto. O meu médico admite agora que isto foi provocado pela vacina.

A Finlândia, tal como a Suécia e os Países Baixos, sempre preferiu utilizar a vacina morta IPV. Contudo, após 10 casos de poliomielite surgirem em 1985, o governo organizou uma campanha de vacinação em massa com a vacina viva. Algumas semanas depois da campanha, o Departamento de Pediatria da Universidade de Oulu, na Finlândia, reportou um aglomerado de 27 casos de síndrome de Guillain-Barré infantil, o que também ocorreu nos EUA após a imunização em massa contra a gripe suína na década de 1970.¹³³ Onze das crianças tinham sido imunizadas antes do início dos sintomas.

Milhões de crianças que receberam a vacina de Salk nas décadas de 1950 e 1960 foram infetadas com outro vírus potencialmente causador de cancro. Este vírus, denominado SV40, foi encontrado como “companheiro de viagem” do vírus da poliomielite. O processo de matar o vírus da poliomielite não foi suficiente para matar o SV40. Esta vacina contaminada foi então distribuída a muitos milhões de crianças durante a campanha inicial de 1955, e mesmo mais tarde. Quando foi encontrada SV40 numa injeção combinada de DTP e poliomielite, ela foi descontinuada.

Entretanto, segundo o Dr. Anthony Morris, o SV40 e agentes semelhantes foram recuperados de tumores cerebrais humanos “e também de condições pré-cancerosas no cérebro”. Foi demonstrado que o SV40 causa cancro em hamsters após o equivalente a 20 anos humanos. Numerosos investigadores tentaram mesmo relacionar a vacina de poliomielite infetada com a origem da SIDA.

Recentemente, o SV40 foi encontrado em amostras de tecido de vítimas de certos cânceres, incluindo tumores cerebrais raros na infância. Devido ao risco de contrair poliomielite com a vacina viva, vários governos, incluindo o dos EUA, estão agora a considerar regressar à forma morta da vacina (IPV), particularmente porque a farmacêutica Merieux, na Europa, e os Connaught Labs, nos EUA, desenvolveram uma vacina morta reforçada (ou E-IPV, em linguagem científica) que supostamente confere imunidade contra os três tipos de poliomielite após duas doses. Mas a nova vacina parece estar a trocar problemas antigos por novos.

A vacina morta foi associada a SGB, fraqueza do neurónio motor, encefalite, meningite e convulsões, de acordo com um estudo dinamarquês.

OS EXCIPIENTES NAS VACINAS

Para além das próprias vacinas, as crianças podem reagir aos excipientes, ou ingredientes extra adicionados. Uma vacina é uma mistura complexa de antígenos virais ou bacterianos vivos ou mortos, ou invasores estrangeiros, mais uma variedade de substâncias para os ajudar a crescer, para matar impurezas, para os ajudar a estabilizar e para aumentar a sua capacidade de produzir anticorpos.

Os três químicos mais comuns na produção de vacinas são o timerosal, um conservante derivado do mercúrio, formalina (uma solução a 37 por cento de formaldeído, o principal ingrediente do fluido de embalsamamento) – incluída para inativar vírus e desintoxicar toxinas – e sulfato de alumínio, um adjuvante ou potenciador de eficácia da vacina que supostamente aumenta a capacidade de uma vacina produzir anticorpos. Fenol (um desinfetante e corante), etileno glicol (o principal ingrediente do anticongelante), cloreto de benzetonónio (um antisséptico) e metilparabeno (um conservante e antifúngico) também são frequentemente adicionados ao preparado.

O único estudo que testou o uso destas substâncias examinou o seu efeito em animais e descobriu que sete das substâncias mais usadas têm a capacidade de produzir tumores. Noutro estudo que examinou o uso do timerosal quando utilizado de forma semelhante à que é usado nas vacinas, doentes a quem foi administrada imunoglobulina preservada com timerosal apresentaram níveis elevados de mercúrio nos seus organismos. Ironicamente, Jonas Salk, que desenvolveu a vacina morta da poliomielite, descobriu que o timerosal na realidade inibia o efeito da vacina da poliomielite.

Cada um destes ingredientes individuais foi estudado noutros contextos e verificou-se que tem muitos efeitos secundários. Estudos mostraram que germicidas como o timerosal têm um efeito negativo sobre os glóbulos brancos,

e, naturalmente, sabe-se que o alumínio é tóxico na água potável. O mercúrio está entre as substâncias mais tóxicas para os humanos (ver Capítulo 9).

Uma grande percentagem de pessoas tem ou desenvolve sensibilidade alérgica ao timerosal, usado como desinfetante em vacinas. Um estudo mostrou que mais de um terço dos doentes alérgicos a realizar dessensibilização com injeções contendo timerosal desenvolveram hipersensibilidade ao sal de mercúrio. Esta elevada sensibilidade ao timerosal, nalguns casos, deve-se a exposições prévias à substância em vacinações. Sabemos também que sais de mercúrio podem causar imunossupressão em animais. As crianças que recebem vacinas com timerosal podem estar expostas a níveis de mercúrio superiores aos considerados seguros.

Quanto à formalina, 47 estudos demonstraram uma associação entre exposição ao formaldeído e cancro, incluindo leucemia e cancro do cérebro, do cólon e dos tecidos linfáticos.

Desde a década de 1940, os cientistas têm vindo a experimentar adjuvantes para pôr as vacinas a funcionar de forma mais eficaz. Os adjuvantes funcionam aprisionando a vacina numa “piscina” e depois alimentando-a gota a gota nos gânglios linfáticos e no baço. Até a toxina do tétano é usada como adjuvante para potenciar outras vacinas que não funcionam muito bem.

Certos adjuvantes, como o fosfato de cálcio, parecem causar mais reações do que o hidróxido de alumínio e os adjuvantes nas vacinas DT. Os adjuvantes oleosos, usados por exemplo na vacina da gripe, mostraram causar hipersensibilidade, quistos e artrite, e o alumínio pode causar não só quistos e granulomas no local da injeção, mas artrite e até cancro. Os metais frequentemente usados na produção de vacinas podem fixar-se permanentemente em algum lugar do corpo; quando granulomas que se desenvolveram após vacinação foram examinados por equipamento especial de raios X, mostraram a presença de alumínio e fósforo nos detritos granulares. Dos poucos estudos feitos sobre o alumínio em vacinas, um mostra que as que contêm alumínio causam mais reações. O alumínio também parece intensificar reações alérgicas à vacina contra a tosse convulsa.

Estas substâncias também têm efeitos variados sobre a capacidade protetora das vacinas, ajudando algumas a funcionar melhor do que outras: por exemplo, o fosfato de alumínio produz mais anticorpos do que a esteróil-tirosina ou o fosfato de cálcio.

No entanto, ninguém sabe realmente quais funcionam de facto e quais são as mais seguras. Como escreveu um artigo da New York Academy of Sciences: “O corpo de conhecimento relativo aos mecanismos de adjuvância ou efeito adjuvante poderia ser melhor descrito como vodu ou bruxaria.”

Para além destes conservantes, muitas outras substâncias são deitadas ao preparado. Por exemplo, a vacina DPT combina toxoides de difteria e tétano com as células inteiras da bactéria da pertussis. Grandes quantidades de difteria e pertussis são cultivadas num caldo. Os toxoides são os produtos venenosos dos organismos do tétano e da difteria. Estes são produzidos num “ensopado” de dextrose, infusão de coração de vaca, cloreto de sódio e caseína, cortado com metanol, um álcool bruto, para o purificar, e depois dissolvidos num tampão.

O “ingrediente” final são as células inteiras da bactéria da tosse convulsa, ou pertussis. São cultivadas em grandes tanques numa cultura de minerais e caseína, depois mortas por calor ou timerosal. Depois de se adicionarem um ou outro adjuvantes, como o alumínio, este “ensopado” fica completo e pronto para ser injetado num bebé de dois meses.

Mas ninguém sabe realmente o efeito final da interação de todos estes químicos e toxoides; o que sabemos é que adicionar formalina a toxinas cruas polimeriza impurezas e antigénios bacterianos – isto é, liga-os entre si.¹⁵³ Quanto ao que isso faz realmente às crianças, a tua suposição é tão boa quanto a minha.

NOVAS DOENÇAS PROVOCADAS POR VACINAS

Para além dos perigos das injeções individuais, a vacinação parece ser responsável por um certo número de novas doenças.

Levar uma injeção com uma versão enfraquecida ou morta de um vírus pode levar-te a desenvolver um “mutante” viral ou a incentivar o seu crescimento na população em geral.

Estima-se que 3 por cento dos bebés nascidos de mães que receberam a vacina contra a hepatite B venham a desenvolver uma forma mutante de hepatite B.¹⁵⁴ Num estudo de um grande grupo de bebés nascidos de mães positivas para hepatite B e a quem foi dado um programa completo de imunização contra a hepatite B, um em 60 tornou-se positivo para hepatite B. Um em 80 desses bebés mostrou ter um mutante viral da vacina. Este mutante tem sido associado a hepatite e doença ativa do fígado.¹⁵⁵ Noutro estudo, os doentes vacinados com HB apresentaram uma mistura destes mutantes e da forma habitual do vírus da hepatite B, bem como hepatite ligeira. Mas aqueles cujo sangue tinha apenas o mutante acabaram por sofrer a doença hepática mais grave.

O outro problema com vírus mutantes é que muitas vezes não são detetados na triagem de dadores de sangue, de modo que esta nova forma de hepatite pode ser transmitida através de sangue doado. E, claro, o mutante pode infetar indivíduos mesmo que tenham sido vacinados.

Foram estabelecidas ligações entre a prevalência crescente de meningite pneumocócica resistente à penicilina e a vacinação universal Hib.

Erradicar uma estirpe de um vírus também pode incentivar outras formas a proliferar. É precisamente isso que está a acontecer com a vacina da meningite Hib. À medida que as estirpes H. influenzae do tipo b são eliminadas pela vacinação, estirpes mutantes H. influenzae não-b estão a prosperar.

Um estudo analisou 408 estirpes de meningite Hib. Embora 94 por cento fossem H. influenzae tipo b, o resto eram estirpes de Haemophilus influenzae “não serotipáveis” (NST). Os autores previram que, à medida que mais vacina Hib fosse usada, as estirpes NST causariam mais infeções do ouvido médio, sinusite, bronquite crónica e outras infeções sobretudo respiratórias.

Na década de 1960, quando recrutas do Exército dos EUA receberam uma vacina experimental morta contra a pneumonia, a vacina causou mudanças imprevisíveis no tipo de vírus. Ocorreu epidemia de doença a partir destes vírus mutantes entre os recrutas, tornando a vacina inútil e enviando os cientistas de volta ao laboratório para desenvolver uma vacina que eliminasse também as mutações.

Estamos agora também a começar a perceber que injeções de qualquer variedade (incluindo vacinações) podem aumentar o risco de desenvolver poliomielite. H. V. Wyatt, do Departamento de Medicina Comunitária da Universidade de Leeds, foi um dos primeiros a estudar a surpreendente ligação entre múltiplas injeções de qualquer tipo, particularmente penicilina, administradas a crianças pequenas e o início da poliomielite, especialmente em países em desenvolvimento onde as crianças recebem mais injeções do que nos países desenvolvidos.

A “poliomielite de provocação” após uma injeção “por precaução” é hoje há muito reconhecida e aceite em países como a Grã-Bretanha e os EUA. Quando ocorreu um aglomerado de casos de poliomielite parálitica após uma campanha de vacinação em massa com o vírus vivo da poliomielite, investigadores da Universidade de Colónia alertaram que as injeções DPT (difteria/tétano/tosse convulsa) não deveriam ser dadas ao mesmo tempo que a vacina oral viva da poliomielite.

H. V. Wyatt fez carreira a estudar diferentes populações ao longo deste século, comparando tratamentos com fármacos injetáveis e epidemias de poliomielite, incluindo as injeções que as crianças receberam para sífilis congénita. Concluiu que múltiplas injeções podem ser responsáveis por 25 por cento dos casos de paralisia durante epidemias de poliomielite, e tornar as crianças 25 por cento mais suscetíveis à doença durante períodos não epidémicos. Uma única injeção, verificou, pode aumentar o risco de paralisia cinco vezes, e transformar aquilo que poderia ter sido um ataque não paralítico num ataque paralítico. Até

o programa alargado de imunização da Organização Mundial da Saúde “poderia provocar poliomielite”, concluiu.

Wyatt também considerava que o risco poderia ser cumulativo – isto é, múltiplas injeções ao longo do tempo podem aumentar o risco de contrair poliomielite em algum momento no futuro, tal como pode acontecer ao receber injeções em intervalos próximos.

A tese de Wyatt fornece muito alimento para pensamento sobre as origens das grandes epidemias de poliomielite deste século, que podem ter sido favorecidas pela introdução da vacinação generalizada e da penicilina. Foi também validada recentemente por um estudo na Roménia, pelos Centers for Disease Control dos EUA, mostrando que a vacina da poliomielite, administrada por injeção, está a provocar surtos da doença. Embora a injeção de poliomielite em si parecesse desencadear a paralisia, as crianças afetadas tinham sido expostas a um grande número de outras injeções de vacinas e antibióticos. As crianças estavam particularmente em risco de paralisia se outras injeções tivessem sido administradas menos de 30 dias antes da injeção da poliomielite.

As vacinas, particularmente as do sarampo e da tuberculose, também têm sido associadas à atual epidemia de encefalomielite miálgica (EM), também conhecida como síndrome de fadiga crónica, especialmente entre crianças. Doris Jones, de Ilford, Essex, começou a investigar a ligação entre vacinas e a perturbação quando o seu filho Stephen desenvolveu EM aos 12 anos. Ele reagiu mal à vacina do sarampo quando lhe deram com um ano de idade, tendo ataques de gritos repetidos e prolongados.

Aos 10, diz Doris Jones, depois de ter começado a falar e a andar muito tarde, Stephen apanhou sarampo e, dois anos depois, mononucleose infecciosa. Dois meses depois teve outro episódio de sarampo, desta vez atípico, e depois desenvolveu EM, que tem há agora 24 anos. A Sra. Jones descobriu estudos que ligam a EM a vacinas contra o tétano, sarampo, cólera, gripe e febre tifóide, e mais recentemente à hepatite B.

Algumas evidências sugerem que os sintomas de EM se devem em parte a uma disfunção no organismo causada por respostas de anticorpos a vírus incompletos, mortos ou mesmo latentes – por outras palavras, muitas das versões “atenuadas” ou enfraquecidas de vírus administradas nas vacinas.

Num conjunto de estudos, até um sexto dos jovens com EM tinham sido vacinados no mês anterior ao aparecimento da doença. A vacinação parece atuar como um detonador se tiveres uma infeção dormente ou um sistema imunitário exausto ou comprometido (seja por tratamento com esteroides ou por uma infeção viral de longa duração), ou mesmo se tiveres alergias.

Uma busca pela literatura médica fornece provas devastadoras de que muitos programas de vacinação nos deixaram muito pior do que estávamos antes. Ao longo de 30 anos, a vacina do sarampo causou mutações agressivas da doença, transformou-a numa doença de adultos e lactentes, e deixou-nos com imunidade inadequada para transmitir aos nossos filhos. Além disso, temos agora números consideráveis de crianças lesadas pela vacina. Mas isto é apenas um leve vislumbre das repercussões da nossa intromissão. O

Dr. Michel Odent e o seu Primal Health Research Centre, sediado em Londres, realizaram um estudo sobre amamentação prolongada. O estudo começou por examinar se a amamentação prolongada protege contra o eczema e a asma. Mas, no decurso da investigação, os investigadores chegaram a uma descoberta totalmente inesperada: as crianças imunizadas contra a tosse convulsa tinham seis vezes mais probabilidades de ter asma do que as que não tinham recebido a injeção. Em praticamente todas as categorias – número de dias doentes, casos de otites, internamentos hospitalares – as crianças não vacinadas eram mais saudáveis.

A Sarah, de Romney Marsh, Kent, tem uma filha de seis anos cuja asma parece estar relacionada com as suas injeções. “A reação dela à primeira injeção DPT foi gritar sem parar durante 12 horas, uma reação que nos disseram ser ‘normal’”, diz a Sarah. “Foi hospitalizada com febre alta após a vacina MMR, depois do que desenvolveu problemas intestinais e, depois do reforço de DPT, asma ‘em pleno’. Após o conjunto completo de injeções, ainda assim apanhou tosse convulsa.” A Sarah continua:

Convenceram-nos a permitir que lhe dessem duas vacinas contra a gripe. Depois disso, contraiu um vírus atrás de outro e inúmeras infeções de ouvido, de modo que estava constantemente a tomar antibióticos. Atualmente está a tomar o dobro da dose máxima recomendada de esteroides inalados para crianças. Acharmos que os esteroides inalados também estão a ter efeitos secundários. Desenvolveu pele fina, não ganhou qualquer peso em 18 meses, e os pés deixaram de crescer.

MMR e Autismo

O efeito secundário suspeito mais conhecido diz respeito à possível relação entre a vacina MMR e o desenvolvimento de doença intestinal e autismo, como inicialmente postulado pelo Dr. Andrew Wakefield, gastroenterologista no Royal Free Hospital, em Londres, altamente respeitado pela sua investigação sobre associações virais com a doença de Crohn e a colite ulcerosa. Wakefield e os seus colegas publicaram vários artigos acerca de um número de crianças que apresentaram uma inflamação crónica invulgar do intestino e perturbação do desenvolvimento regressiva ou psicose.

As crianças tinham problemas gastrointestinais diferentes de tudo o que Wakefield ou os seus colegas alguma vez tinham visto. Parecia ser uma nova

doença inflamatória intestinal, semelhante à doença de Crohn e à colite ulcerosa, mas com sintomas característicos próprios – em particular, tumefação crónica dos pequenos gânglios linfáticos na secção final do intestino delgado. Mais significativamente, a condição parecia ter como “co-passageiro” autismo regressivo grave, ou perturbação do desenvolvimento global (PDD).

Nos tipos clássicos de autismo, as anomalias do desenvolvimento são evidentes ao olho treinado desde o nascimento. Mas, no caso destas crianças, os pais alegavam que elas tinham, para todos os efeitos, um desenvolvimento normal até lhes ser dada a injeção tripla.

De um total de 60 crianças que desenvolveram autismo logo após a vacinação, 93 por cento exibiam estas mesmas anomalias intestinais. Cerca de um terço delas tinha tumefações semelhantes no cólon, e 88 por cento tinham colite crónica. Outros investigadores encontraram as mesmas anomalias em grupos de crianças autistas.

Wakefield postulou que a estirpe atenuada do vírus do sarampo promove uma resposta imunitária insuficiente para controlar o vírus. Como resultado, estabelece-se uma “infecção” enfraquecida no intestino e produz-se um aumento da permeabilidade da parede intestinal, bem como um aumento anormal do número de células nos tecidos intestinais. Testes à urina mostraram que todas as crianças tinham carências marcadas de vitamina B12, como se observa noutras perturbações gastrointestinais.

Como a vitamina B12 é necessária para o desenvolvimento normal do sistema nervoso central, Wakefield especulou que a carência de B12 poderia ser um fator contributivo para a regressão autística observada nestas crianças.

Wakefield juntou-se a John O’Leary, professor de patologia no Trinity College, em Dublin, que tinha encontrado uma infecção persistente pelo vírus do sarampo no intestino delgado de 24 em 25 crianças com este tipo de autismo e doença gastrointestinal. Outros descobriram uma ligação entre vírus do sarampo “remanescente” e autismo. Um cientista japonês encontrou partículas do vírus do sarampo no sangue de um terço de uma pequena amostra de crianças autistas. Outros investigadores mostraram que a infecção “persistente” pelo vírus do sarampo está presente em muitas pessoas com doença de Crohn.

As evidências mais devastadoras vieram de amostras de biópsia colhidas do intestino de 91 crianças com diagnósticos confirmados de ILH e enterocolite: 75–82 por cento mostraram evidência do vírus do sarampo em várias células do intestino.

Andrew Wakefield e Paul Shattock, da Autism Research Unit da University of Sunderland, acreditam que este tipo de autismo de início tardio e regressivo resulta da ação de péptidos que têm origem fora do corpo e afetam a

neurotransmissão dentro do sistema nervoso central (SNC). Wakefield e Shattock teorizaram que estes péptidos produzem efeitos basicamente opióides na sua atividade, ou podem ajudar a degradar os péptidos opióides que ocorrem naturalmente no SNC.

Em qualquer dos casos, o papel regulador do SNC, normalmente desempenhado por péptidos opióides naturais como as encefalinas e as endorfinas, seria intensificado de tal modo que um grande número de sistemas do SNC seria perturbado durante uma “janela” crítica do desenvolvimento de uma criança. Percepção, cognição, emoções, humor e comportamento seriam todos afetados, tal como todas as funções executivas superiores do cérebro. Isso poderia resultar na diversidade de sintomas que constituem o autismo.

Com a vacina MMR, postula Wakefield, a estirpe atenuada (enfraquecida) do vírus do sarampo promove uma resposta imunitária insuficiente para controlar o vírus. Consequentemente, estabelece-se uma infeção nos intestinos e produzem-se as anomalias da parede intestinal observadas nestas crianças autistas. Os péptidos aberrantes, dizem Wakefield e Shattock, derivam de uma decomposição incompleta de certos alimentos, particularmente o glúten do trigo e de outros cereais (aveia, centeio e cevada), e a caseína do leite e de outros produtos lácteos.

A teoria deles tem uma base sólida em investigação: vários estudos mostraram que crianças autistas apresentam uma maior permeabilidade intestinal.

Para testar a sua teoria, Shattock e a sua equipa recrutaram um pequeno grupo de crianças autistas. Quando a L.caseína e o glúten foram eliminados da dieta, as crianças melhoraram, sobretudo no desenvolvimento da linguagem e na capacidade de concentração. As maiores melhorias foram observadas nas crianças mais gravemente afetadas. Em mais de 50 por cento dos casos, os médicos de família destas crianças ficaram suficientemente impressionados com as melhorias para lhes prescrever produtos sem glúten através do NHS.

Sarampo no cérebro

O Dr. Jeff Bradstreet, de Palm Bay, na Flórida, cujo próprio filho desenvolveu autismo após a sua injeção de MMR, estudou cerca de 2.000 crianças com enterocolite autista e descobriu evidências do vírus do sarampo no fluido espinhal e nos cérebros destas crianças. Segundo a Alexander Harris and Co., a firma de advogados sediada em Londres que foi contactada por cerca de 2.500 famílias cujos filhos terão sido lesados pela vacina, metade dos seus casos envolvem crianças que se estavam a desenvolver normalmente, mas que depois se tornaram autistas logo após a vacinação.

O autismo é de longe o efeito secundário mais comum reportado à Alexander Harris and Co. De forma semelhante, centenas de famílias inscreveram-se no JABS, o grupo de pais dirigido por Jackie Fletcher, cujo próprio filho terá sido

lesado pela injeção tripla. Das 1.800 crianças do JABS alegadamente lesadas pelo MMR, mais de 40 por cento desenvolveram autismo regressivo, problemas intestinais e epilepsia após a vacinação.

Muitos dos clientes da Alexander Harris and Co. têm gravações em vídeo do desenvolvimento dos filhos desde o nascimento, mês após mês, mostrando um desenvolvimento normal e saudável até ao momento da vacinação com o MMR, geralmente entre os 12 e os 15 meses. Nessa altura, uma criança geralmente já anda, pode ter um pequeno vocabulário, e aponta e interage com o resto da família. Então, de repente, em todos estes casos, as crianças perderam a fala e as competências de interação social, e sofreram uma regressão súbita para padrões de comportamento considerados dentro do espectro autista.

Estes incluem graves dificuldades de comunicação e de interação social com os outros, retraimento e movimentos e padrões de comportamento desajeitados ou repetitivos e obsessivos.

Alguns dos casos da Alexander Harris and Co. envolvem crianças até aos quatro anos, cujo desenvolvimento e fala normais eram inconfundíveis até ao momento da vacinação. Sarah, cujo pai é italiano, era bilingue aos três anos e meio, e tinha um vasto vocabulário em ambas as línguas. Duas semanas após a sua injeção de MMR, ficou coberta da cabeça à cintura com a erupção do sarampo e sofreu febre alta e sonolência durante alguns dias.

Assim que o episódio terminou, tornou-se muda, com traços autistas bem como perturbações intestinais e diarreia constante. Desenvolveu também uma doença do sangue que foi identificada como efeito secundário da vacina MMR. O facto de crianças desta idade desenvolverem autismo após a vacinação tende a contrariar o argumento de que o início do autismo é coincidente, já que o autismo costuma ser diagnosticado muito mais cedo.

Outra das membros do JABS é mãe de trigêmeos, todos eles a desenvolverem-se normalmente – facto que foi documentado por especialistas médicos que tiveram especial cuidado com as crianças devido à sua condição de nascimento múltiplo. Aos 15 meses, dentro de três ou quatro dias após a sua injeção de MMR, todas as três crianças sofreram febre alta, sonolência e perda de apetite. Pouco depois, todas perderam a fala e a capacidade de manter contacto visual, e desenvolveram comportamentos considerados típicos do autismo. Uma das crianças também perdeu parcialmente a audição – outro efeito secundário conhecido da injeção tripla.

Evidência epidemiológica foi descoberta a partir dos mais de 7.000 participantes do estudo nacional British Cohort Study de 1970, no qual os registos de saúde de milhares de crianças foram registados e estudados desde o nascimento. Neste estudo, os investigadores registaram as idades das

crianças na altura do início de várias doenças infecciosas e verificaram se as crianças, em adultas, desenvolveram doença inflamatória intestinal.

Descobriram que, se as crianças tivessem tido papeira antes dos dois anos de idade, tinham 25 vezes mais probabilidade de desenvolver colite ulcerosa em adultas. De forma semelhante, se apanhassem sarampo e papeira no espaço de menos de um ano, tinham sete vezes mais probabilidade de desenvolver colite ulcerosa e quatro vezes mais probabilidade de desenvolver doença de Crohn.

Um estudo epidemiológico semelhante na Islândia concluiu que as crianças que apanhassem papeira e sarampo consecutivamente tinham 11 vezes mais probabilidade de desenvolver doença inflamatória intestinal mais tarde na vida.

Assim, o problema não é simplesmente apanhar sarampo. É apanhar papeira antes dos dois anos ou ter sarampo e papeira no espaço de menos de um ano. Isto pode significar que é o componente da papeira e/ou a administração destes dois vírus vivos ao mesmo tempo a crianças com menos de dois anos que está a causar os problemas.

Desde que o Dr. Wakefield publicou as suas conclusões, tanto o Governo do Reino Unido como a comunidade médica lançaram várias campanhas de milhões de libras para negar qualquer associação entre o MMR e o autismo. Alegam que as conclusões foram mera coincidência e sustentam que as crianças receberam a vacina numa altura em que o autismo teria sido reconhecido e diagnosticado de qualquer maneira. De facto, a The Lancet pediu recentemente aos colegas de Wakefield que retirassem qualquer associação entre as suas conclusões e a vacina MMR, e publicou um novo estudo que examinava os esquemas de imunização de crianças com ou sem autismo, que não conseguiu encontrar ligação.

Numa tentativa de estancar a hemorragia de pais que optavam por não dar a injeção devido ao trabalho do Dr. Wakefield, o governo britânico e o Public Health Laboratory Service (bem como outros governos em todo o mundo) lançaram vários outros estudos que supostamente demonstravam que a ligação entre o autismo e a vacina MMR não existe. Todos, até agora, são estudos observacionais epidemiológicos de populações, baseados num sistema de notificação passiva – um dos tipos de investigação mais fracos porque não se conseguem isolar todas as variáveis. Nalguns casos, diz o Dr. Wakefield, a qualidade dos registos é “deplorável”, com sintomas nem sequer registados.

No meio desta campanha, o Dr. Ken Aitkin, uma autoridade em autismo, contratado pelo Governo para acalmar receios sobre a ligação entre a condição e a vacina, denunciou o exercício de contenção de danos do Governo.

O Dr. Aitkin, que fazia parte de um painel de 37 pessoas do Medical Research Council para estudar as evidências entre a injeção tripla e o autismo, admitiu que o Departamento de Saúde não apresentou corretamente a conclusão alcançada pelo MRC. “Não concluímos que o autismo não estava ligado ao MMR”, disse ele recentemente. “A opinião foi que havia um problema que precisava de ser analisado com muito cuidado e que não havia provas suficientes para excluir uma ligação.”

A evidência mais recente e mais contundente da Dinamarca mostra que a introdução da vacina MMR correspondeu a um aumento de oito vezes nos casos de autismo. Neste estudo de mais de meio milhão de crianças, a Dinamarca foi escolhida porque mantém um registo informatizado único de todas as crianças nascidas e atribui-lhes um identificador que acompanha o seu estado de saúde e de imunização ao longo da vida.

Utilizando dados do Danish Psychiatric Central Register, os investigadores americanos que conduziram o estudo, incluindo um especialista em investigação sobre autismo, compararam a incidência de autismo antes e depois da introdução da injeção MMR. Descobriram que a prevalência de autismo em crianças entre os 5 e os 9 anos saltou de 8,38 casos por 100.000 crianças antes do lançamento da vacina para 71,43 casos por 100.000 crianças em 2002.

Mesmo depois de ajustarem variáveis como maior consciência de diagnóstico, os investigadores concluíram que os casos de autismo tinham aumentado quase cinco vezes desde o lançamento da vacina. Tendências específicas nos dados mostraram uma associação temporal entre a introdução da injeção e o aumento do autismo.

Este estudo é particularmente importante porque reanalisou dados do maior estudo até à data para contrariar a hipótese de Wakefield. Esse estudo, publicado em 2002, examinou o mesmo grande conjunto de crianças nascidas entre 1991 e 1998.¹⁸⁰ Contudo, as crianças só foram acompanhadas até aos quatro anos de idade, e o autismo não é geralmente diagnosticado na Dinamarca antes dos cinco anos.

Se estas vacinas estão a fornecer apenas imunidade temporária ou imperfeita, muitas das nossas crianças podem crescer suscetíveis à rubéola, papeira ou sarampo, todas doenças muito mais graves em adultos. Gerações de crianças com imunidade inadequada podem tornar-se adultos sem imunidade placentária para transmitir aos seus filhos, que poderiam então contrair sarampo enquanto bebés, numa altura em que normalmente estariam protegidos pelos anticorpos da mãe. De facto, um estudo mostrou que os níveis de anticorpos são mais baixos em mulheres suficientemente jovens para terem sido vacinadas do que em mulheres mais velhas.

A rubéola continua a ser uma doença infantil entre as comunidades Amish auto-suficientes nos EUA. Tornou-se cada vez mais uma doença da adolescência e da idade adulta jovem no resto dos Estados Unidos devido ao programa de vacinação. Os casos entre a comunidade Amish quase sempre foram ligeiros, e as mulheres grávidas parecem estar naturalmente protegidas.

De acordo com a investigação mais recente, contrair doenças como o sarampo pode ser benéfico para as crianças. Estudos recentes mostram que crianças africanas que apanham sarampo tendem a sofrer de menos doenças alérgicas como asma, eczema e febre dos fenos, em comparação com crianças em países desenvolvidos. Estudos do Southampton General Hospital, no Reino Unido, mostram que as crianças vacinadas contra o sarampo duplicam o risco de desenvolver atopia, ou doenças alérgicas.

ALTERNATIVAS À IMUNIZAÇÃO

Vitamina A e imunização

Mesmo para crianças em risco de ter casos graves de sarampo, existem medidas menos drásticas do que a imunização. Quando os níveis de vitamina A são baixos, as camadas externas das nossas membranas mucosas tornam-se escamosas e a renovação celular diminui. O vírus do sarampo infeta e danifica estes tecidos em todo o corpo; as concentrações sanguíneas de vitamina A, mesmo em crianças bem nutridas, podem cair para níveis normalmente encontrados em crianças malnutridas.

Durante o sarampo, crianças com reservas marginais de vitamina A no fígado podem desenvolver uma deficiência aguda de vitamina A, resultando em lesões nos olhos e possivelmente num risco acrescido de morte por doenças respiratórias e diarreia.

Num estudo, investigadores de Nova Iorque mediram os níveis de vitamina A em 89 crianças com menos de dois anos, e compararam-nos com um grupo de controlo. Entre as crianças com sarampo, 22 por cento tinham níveis baixos de vitamina A. As que tinham níveis baixos eram mais propensas a ter febre de 40 °C ou mais, febre durante sete dias ou mais, e a ser hospitalizadas. Outros estudos demonstraram que crianças com uma deficiência ligeira de vitamina A tinham mais probabilidades de morrer de sarampo.

Administrar vitamina A a crianças com sarampo grave (isto é, com risco de vida) pode reduzir as complicações ou as hipóteses de morte pela doença. D.T. Gerald Keusch, do New England Medical Center de Boston, que realizou um estudo em crianças em idade pré-escolar na Índia, afirmou que a vitamina A devia ser administrada a crianças sempre que haja evidência de deficiência de vitamina A ou possibilidade de complicações pelo sarampo.

Em África, onde o sarampo é uma doença mortal, as taxas de mortalidade foram reduzidas em sete vezes entre crianças com menos de dois anos a quem foi dada vitamina A. A vitamina A é também reputada por oferecer proteção contra vírus do tipo da poliomielite.

Para qualquer doença infantil, devem ser administradas doses elevadas de vitamina C, bem como de vitamina A. As investigações mostram que os níveis de vitamina C nas crianças também caem durante as doenças infecciosas. Na América, o Dr. Fred Klenner realizou investigação extensiva sobre o uso de doses muito elevadas de vitamina C durante doenças infantis. Utilizou doses de até um grama por hora, continuamente, em crianças em idade escolar (injeções de 1–2 gramas, no caso de complicações) e descobriu que o regime encurtava drasticamente a duração da doença. Muitas ervas como a equinácea (*Echinacea*) e a *Berberis vulgaris* também têm provas científicas sólidas de sucesso no combate a doenças infecciosas.

Outras medidas preventivas

Para além de amamentar o seu filho o máximo de tempo possível, alimentá-lo com uma dieta saudável e natural e evitar enviá-lo para creche ou infantário demasiado cedo pode protegê-lo de muitas doenças infantis.

As práticas atuais de cuidados infantis, especificamente a nossa tendência para institucionalizar crianças demasiado cedo, deram origem a epidemias de certas doenças infecciosas como a meningite. O falecido Dr. Robert Mendelsohn e a sua editora Vera Chatz foram os primeiros a alertar para os perigos de “armazenar” grandes grupos de bebés ainda não treinados para o bacio.

As suspeitas de Mendelsohn foram rapidamente confirmadas por vários estudos na literatura médica, mostrando que creches sofrem epidemias de meningite causada por Hib. Investigadores que examinaram oito centros de creche descobriram que a taxa de ataque deste tipo de meningite era de 1.100 casos por 100.000 – até 24 vezes superior à incidência geral entre crianças com menos de quatro anos.

Um estudo mais recente concluiu que os centros mais em risco incluíam aqueles onde os trabalhadores usavam toalhas ou lenços (em vez de lenços descartáveis) para limpar o nariz das crianças, ou permitiam a entrada de crianças com diarreia ou que ainda não estavam treinadas para o bacio. Ironicamente, os piores locais eram aqueles geridos como negócios comerciais, em vez dos que eram geridos por voluntários.

Se se sentir mais confortável com algum tipo de reforço para o sistema imunitário do seu filho, poderá querer investigar as alternativas homeopáticas. Há algumas provas científicas que demonstram que funcionam. Antes de as vacinas serem desenvolvidas, estes nosódios eram amplamente utilizados para prevenir uma grande variedade de doenças infecciosas.

Segundo estatísticas governamentais da época, o uso destas vacinas homeopáticas estava associado a uma queda extraordinária na incidência de tuberculose, disenteria, febre tifóide e cólera asiática, tosse convulsa, difteria, escarlatina e sarampo. Num estudo em grande escala, mais de 18.000 crianças foram protegidas com sucesso com um remédio homeopático (Menigococcinum IICH) contra a meningite, sem um único efeito secundário.

Se decidir vacinar o seu filho, avalie cuidadosamente cada injeção em relação à ameaça real da doença (é mais um incómodo do que um risco sério para a saúde ou vida do seu filho?), à eficácia e também ao risco da própria vacina. Faça a si mesmo três perguntas importantes sobre cada uma:

- Quão necessária é?
- Quão eficaz é?
- Quão segura é?

Se optar pela vacina contra a poliomielite, poderá considerar pedir que o seu filho receba a variedade inativada em vez da viva, caso ainda não seja essa a oferecida. Em alguns relatórios, as vacinas vivas contra a poliomielite foram recomendadas apenas para uso em países em desenvolvimento durante epidemias reais, ou se a variedade inativada não funcionou ou não foi viável.

Se o seu filho já tomou as suas vacinas e está prestes a receber reforços, pode pedir que os níveis de anticorpos no sangue sejam verificados antes de o sujeitar aos riscos de vacinas que, nalguns casos, só têm 50 por cento de hipóteses de funcionar.

Poderá muito bem ser preferível dar ao seu filho sumo de cenoura e uma dieta saudável, em vez de uma injeção reflexa, ou, para bebés e crianças pequenas, apostar no programa de imunização mais antigo de todos: o bom e velho leite materno.